……………………………………………..

*nazwa podmiotu leczniczego*

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZENIU BADANIA OGÓLNOLEKARSKIEGO CUDZOZIEMCA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE OCHRONY MIĘDZYNARODOWEJ

(zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r. w sprawie badań lekarskich oraz zabiegów sanitarnych ciała i odzieży cudzoziemca ubiegającego się o udzielenie ochrony międzynarodowej, Dz. U. poz. 1724, w związku z art. 81 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)

……………………………., dnia……………….

*miejscowość*

**Imię i nazwisko:** …………………………………………………………………………………………………

**Data urodzenia:** ……………………………..

**Obywatelstwo:** ………………………………. **K\* / M\***

**Adres zamieszkania** (lub adres, pod który cudzoziemiec jest kierowany):…………….......................................

…………………………………………………………………………………………………………………….

**W przypadku małoletniego bez opieki – imię, nazwisko i adres kuratora ustanowionego przez sąd:** …………………………………………………………………………………………………………………….

Ww. osoba została poddana badaniu lekarskiemu, które obejmowało ogólną oceną stanu jej zdrowia.

Podczas wykonywania badania stwierdzono / nie stwierdzono występowanie(-a)\* klinicznych   
i epidemiologicznych przesłanek świadczących o możliwości zakażenia, lub wskazujących na chorobę zakaźną, lub narażenie na czynniki zakaźne wywołujące te zakażenia albo choroby (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

Uwagi:…………………………….………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

W przypadku stwierdzenia podejrzenia zakażenia lub choroby zakaźnej zlecono wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych lub badań laboratoryjnych krwi, wydzielin lub wydalin w kierunku wykrywania zakażeń lub chorób zakaźnych (§ 3 ust. 2 rozporządzenia).

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….……………………………………………………………………………...

Stwierdzono / nie stwierdzono konieczność(-ci)\* wykonania zabiegów sanitarnych (§ 4 ust. 1 rozporządzenia) Uwagi:…………………………………………………………………………………………………………….

………..…………………………………………..

data, pieczątka lub oznaczenie lekarza przeprowadzającego badania i jego podpis