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

*nazwa jednostki składającej wniosek* *miejscowość, data*

**WNIOSEK**

**o przeprowadzenie badania lekarskiego w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwskazań do doprowadzenia cudzoziemca**

Imię: …………………………………………………. Nazwisko: …………………………………………………………… Płeć: K/M \*

Data urodzenia lub wiek: ……………………………. Narodowość/obywatelstwo:\* ……………………………………….

Dokument potwierdzający tożsamość/brak dokumentu: \* …………………………………………………………………

Cel badania: stwierdzenie istnienia lub braku przeciwskazań medycznych do doprowadzenia cudzoziemca do: \*

organu / instytucji / granicy państwowej wykonywanego drogą lądową;

do portu lotniczego albo morskiego państwa - ……………………………………………………………………………………..

Informacje o stanie zdrowia / dolegliwości: \*

1. zachodzi uzasadniona obawa, że cudzoziemiec znajduje się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia;
2. cudzoziemiec ma widoczne obrażenia ciała;
3. cudzoziemiec oświadcza, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego leczenia, którego przerwanie zagrażałoby życiu lub zdrowiu;
4. cudzoziemiec jest kobietą ciężarną;
5. cudzoziemiec brał udział w protestach głodowych;
6. cudzoziemiec jest podejrzany o zachorowanie na chorobę zakaźną;
7. cudzoziemcowi została udzielona pierwsza pomoc medyczna.

……………………………………………………………………………….

*numer legitymacji służbowej i czytelny podpis osoby wnioskującej*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

………………………………………

*nazwa podmiotu leczniczego*

**Poświadczenie realizacji wniosku** (wypełnia lekarz przeprowadzający badania)

Stwierdzam istnienie / brak\* przeciwskazań medycznych do doprowadzenia cudzoziemca do: \*

organu / instytucji / granicy państwowej wykonywanego drogą lądową;

do portu lotniczego albo morskiego państwa, do którego cudzoziemiec zostaje doprowadzony.

Cudzoziemiec wymaga / nie wymaga\* transportu medycznego ……………………………………………………………

………………………………………………………………………….

*data, pieczątka lub oznaczenie lekarza przeprowadzającego badania i jego podpis\*\**