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

*nazwa jednostki składającej wniosek* *miejscowość, data*

**WNIOSEK**

**o przeprowadzenie badania ogólnolekarskiego cudzoziemca składającego wniosek o udzielenie ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

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

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

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

Cel badania: **ocena ogólnego stanu zdrowia ze szczególnym zwróceniem uwagi czy nie występują kliniczne i epidemiologiczne przesłanki świadczące o możliwości zakażenia albo wskazujące na chorobę zakaźną lub narażenie na czynniki zakaźne wywołujące te zakażenia albo choroby.**

Informacje o stanie zdrowia / dolegliwości: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

*numer legitymacji służbowej i czytelny podpis osoby wnioskującej*