….………………………………….

miejscowość, data

.

Wzór

Zaświadczenie lekarskie

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego Pana/Pani:

Imię ………………………………….………………………………………………………………

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………………………………..………...…………

**Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do rozpoczęcia kształcenia
w Interdyscyplinarnej Szkole Doktorskiej Politechniki Łódzkiej w dyscyplinie:** ………………………………………………………...……………………………..

nazwa dyscypliny

………………………………………………………………………….

pieczątka i podpis lekarza