

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
(the stamp of the health care centre/
печать учреждения здравоохранения)

.....
miejsowość / data
(place/date /
место/дата)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(MEDICAL CERTIFICATE / МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА)

Wypełnia lekarz (w języku polskim, angielskim lub łacińskim); to be completed by physician (in English, Polish or Latin)
заполняет врач (на польском, английском либо латинском языках)

Imię i nazwisko kandydata*:

Full name of the candidate*:

Фамилия и имя кандидата*:

Data urodzenia:

Date of birth:

Дата рождения:

Miejsce urodzenia:

Place of birth:

Место рождения:

Adres:

Address:

Адрес:

Cel wydania zaświadczenia:

Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II na kierunku:

(there are no health contraindications for undertaking studies on chosen field of studies at The John Paul II Catholic University of Lublin / нету противопоказаний связанных со здоровьем для поступления на выбранную специальность в Люблинском католическом университете Иоанна Павла II):

.....
(nazwa kierunku / field of studies / специальность)

.....
pieczęć i podpis lekarza

(doctor's signature and stamp/подпись и печать врача)

*** prosimy o wpisanie nazwiska i imienia kandydata zgodnie z pisownią w paszporcie zagranicznym**
(please put the surname and first name as it is written in international passport/ просьба вписать фамилию и имя кандидата как в заграничном паспорте)