



**Wypełnia Centrum Egzaminacyjne:**

Data wpływu zaświadczenia \_\_\_\_\_

EGZAMIN/ SESJA \_\_\_\_\_

NR KANDYDATA \_\_\_\_\_



**PIECZĄTKA PRZYCHODNI**

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/ Pani .....

urodzony/a dnia .....

nie był/a w stanie przystąpić do egzaminu w dniach .....

Data wystawienia zaświadczenia: .....

**PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA**