

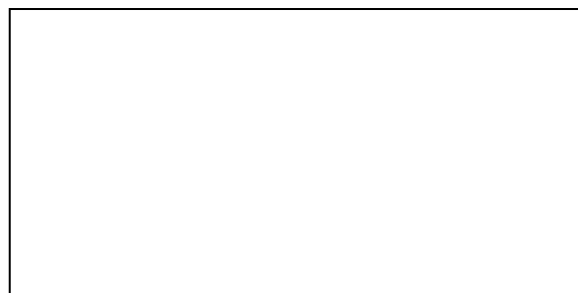


Wypełnia Centrum Egzaminacyjne:

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