

.....  
(pieczęć placówki dydaktycznej  
zawierająca nazwę, adres, NIP i REGON)

## SKIEROWANIE NA SZCZEPIENIE OCHRONNE PRZECIW WZW TYPU B

Na podstawie § 3 pkt. 12 litera c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2077), w związku z Programem Szczepień Ochronnych wydawanym co roku przez Głównego Inspektora Sanitarnego, kieruję na szczepienie ochronne przeciw WZW typu B (dawką podstawową w cyklu 0-1-6 miesięcy) studenta **Wydziału Medycznego. Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie:**

.....  
(imię/imiona i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(numer PESEL lub w przypadku jego braku rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

.....  
(kierunek studiów)

Warszawa, dnia .....  
(data wystawienia skierowania)

.....  
(pieczęć i podpis osoby kierującej  
na szczepienie ochronne WZW typu B)