



POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE ZAMĚSTNANCE

Příjmení, jméno:
Datum narození:
Trvalé bydliště:
Zdravotní pojišťovna:
Funkce:

Prohlídka	Datum poslední	Platí roky	Datum další
Vstupní – preventivní prohlídka *)

Pracovní podmínky:

- kategorie práce
- pravidelná práce v noci	ano – ne
- práce ve výškách	ano – ne
- řízení vozidla (skupiny C)	ano – ne
- obsluha tlakových nádob stabilních	ano – ne
- obsluha nízkotlaké kotelny	ano – ne
- obsluha zdvihacího zařízení	ano – ne
- obsluha elektrického zařízení	ano – ne

Na základě lékařského vyšetření, které bylo dnešního dne provedeno potvrzují, že výše jmenovaný:

1. je schopen vykonávat výše uvedené práce
 2. není schopen vykonávat výše uvedené práce
 3. je schopen vykonávat výše uvedené práce s tímto omezením:
-

Zdravotnické zařízení:
Příjmení, jméno lékaře:
Datum vydání potvrzení:

.....
razítko zdravotnického zařízení, podpis lékaře

Posuzovaná osoba byla s výsledkem lékařské prohlídky seznámena:

dne:
podpis: