

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

EVIDENČNÉ ČÍSLO POSUDKU:

SÍDLO:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK
O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI
NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA*)

PRIEZVISKO A MENO:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU:

PRECHODNÝ POBYT:

JE SPÔSOBILÝ **)

JE NESPÔSOBILÝ **)

NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA*)

V ODBORE***)

V

.....

ODTLAČOK PEČIATKY
A PODPIS LEKÁRA

DŇA

*) Uveďte príslušné zdravotnicke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, laborant, asistent, technik, iný zdravotnícky pracovník).

**) Nehodiace sa prečiarknite.

***) Uveďte študijný odbor uvedený na vysokoškolskom diplome alebo maturitnom vysvedčení, v prípade špecializácie aj špecializačný odbor uvedený na diplome o špecializácii.