

LEKÁRSKY POSUDOK
o zdravotnej spôsobilosti

Meno a priezvisko posudzovanej osoby:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Dátum poslednej lekárskej preventívnej prehliadky:

Posudzujúci lekár:

uchádzača
* -----, ktorý
zamestnanca

má vykonávať prácu
* -----
vykonáva prácu

.....

Druh lekárskej preventívnej prehliadky:
(vstupná, periodická, mimoriadna, výstupná)

V..... dňa

.....
odtlačok pečiatky a podpis
zamestnávateľa

*) Nehodiace sa prečiarknite.

Podľa výsledku lekárskej prehliadky posudzovaná osoba:

1. je spôsobilá vykonávať navrhnutú alebo doterajšiu prácu*
2. nie je spôsobilá vykonávať navrhnutú alebo doterajšiu prácu*
3. je spôsobilá vykonávať prácu v noci
4. je spôsobilá vykonávať navrhnutú alebo doterajšiu prácu len za týchto podmienok:

.....

V dňa

.....
odtlačok pečiatky a podpis lekára