

# LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

o zdravotní způsobilosti k výkonu

povolání **Zvolte položku.**

Jméno a příjmení:

datum narození:

místo narození:

adresa trvalého pobytu:

PSČ:

Výše jmenovaný je **schopen** /\*<sup>1</sup> **neschopen** /\*<sup>1</sup> pracovat jako **Zvolte položku.**

Toto lékařské potvrzení může být nahrazeno lékařským posudkem.

Poznámka lékaře:

V

, dne

.....  
Razítko a podpis posuzujícího lékaře

\_\_\_\_\_  
/\*<sup>1</sup> vyznačte variantu