Pracovná zdravotná služba:\*)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:\*) Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

**LEKÁRSKY POSUDOK**

**o zdravotnej spôsobilosti na prácu**

**Údaje o zamestnávateľovi:**

a) ak ide o právnickú osobu\*)

 Obchodné meno a právna forma:

 Sídlo:

b) ak ide o fyzickú osobu - podnikateľa\*)

 Meno a priezvisko:

 Miesto podnikania:

**Údaje o zamestnancovi:**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Osobné číslo: \*)

Pracovisko:

Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca: **opravy plynových zariadení**

Faktory práce a pracovného prostredia:

Kategória práce1) pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

Práca podľa osobitných predpisov:\*)

**Záver:**

a) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

b) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením\*)

..............................................................................................................

(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

......................................................................

 odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára

 a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu

 prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

\*) Nehodiace sa prečiarknite.

Doplňte hlavičku firmy :

|  |
| --- |
| **Údaje o odbornej praxi:** |
| Náš zamestnanec ..............................................................narodený .................... vykonal predpísanú odbornú prax na zariadení ..............................................................................................................................................V dobe od ..................... do ...................... v organizácii ...................................................................................... pod dozorom ................................................................a preukázal potrebné schopnosti a spoľahlivosť.(Odborná prax musí trvať min 1 mesiac) |

V ............................... dňa ....................................

pečiatka a podpis štatutárneho zástupcu organizácie