

ZAMĚSTNAVATEL

Zaměstnavatel	
Sídlo	
Provozovna	

**ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI
ZAMĚSTNANCE**

Žádáme o posouzení zdravotního stavu zaměstnance.

Jedná se o lékařskou prohlídku:

Vstupní	Periodickou	Mimořádnou	Výstupní
---------	-------------	------------	----------

ZAMĚSTNANEC

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Pracovní zařazení	
Kategorie	
Rizikové faktory	
Zaměstnanec bude vykonávat tuto pracovní činnost :	

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI
K VÝKONU PRÁCE**

Vyjádření lékaře :
<ul style="list-style-type: none">• Zaměstnanec je schopen vykonávat výše uvedenou pracovní činnost• Zaměstnanec není schopen vykonávat výše uvedenou pracovní činnost• Zaměstnanec je zdravotně způsobilý s omezením
Popište případná omezení :

Razítko a podpis lékaře

Datum lékařského vyšetření : _____

Potvrzení o převzetí posudku : _____

