Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

**LEKÁRSKY POSUDOK**

**o zdravotnej spôsobilosti na prácu**

**Údaje o fyzickej osobe:**

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miesto podnikania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pracovisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca:

**PRÁCA VO VÝŠKE NAD 1,5 m POMOCOU ŠPECIÁLNEJ HOROLEZECKEJ A SPELEOLOGICKEJ TECHNIKY**

Záver:

a) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce

b) ~~Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzení~~

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

(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

Dátum: a podpis lekára vykonávajúceho preventívnu lekársku

prehliadku vo vzťahu k práci