**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti**

**Posuzovaná osoba:** …………………………………………………………………………………………

 Jméno a příjmení, datum narození, adresa trvalého pobytu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**účel vydání posudku (činnost, k níž bylo posouzení provedeno)**

**Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

název, adresa, IČ

**Posudkový závěr:**

1. Zdravotně způsobilý(-á) pro uvedenou činnost
2. Zdravotně nezpůsobilý)-á) pro uvedenou činnost
3. Zdravotně způsobilý(á) s omezením
4. Pozbyl(a) dlouhodobě zdravotní způsobilost

**Datum vydání posudku:** ……………………… ………………………………….………………………………………………

Razítko, podpis, jméno a příjmení lékaře

**Evidenční označení posudku:** ……………………………….

***Poučení o opravném prostředku:*** *Proti tomuto posudku lze ve lhůtě deseti pracovních dnů od jeho prokazatelného předání podat návrh na přezkoumání poskytovateli, který jej vydal.*

**Potvrzení o prokazatelném doručení**

převzal dne ………………………………….. ………………………………………………………………………………

 Podpis posuzované osoby (zákonného zástupce)