|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti** | | Ev. č.: |
| **Mediol Praktik s.r.o.**, Palackého 626/3, Olomouc, IČ 05215650,  jako -smluvní- poskytovatel pracovně lékařské péče na základě žádosti | | |
| Objednatele: ze dne xx.xx.xxxx  o provedení vstupní/periodické/výstupní/mimořádné prohlídky. | | |
| Posuzovaná osoba: | Narozena dne: | |
| Bydliště: | RČ/OP/pas: | |
| Pracovní zařazení posuzované osoby: | | |
| Vykonávající práce v místě: | | |
| Posuzované činnosti vč. odkazu na právní normu, dle které bylo posuzováno: | | |
| Posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá/za podmínek/pozbyla dlouhodobě zdrav. způsobilost/není zdravotně způsobilá/nevykazuje známky poškození zdraví v souvislosti s náročností vykonávané práce. | | |
| Podmínka: | | |
| *Poučení: podle §46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách lze proti tomuto posudku podat písemný návrh na jeho přezkoumání do 10 dnů ode dne jeho prokazatelného převzetí. Návrh se podává poskytovateli, který posudek vydal, prostřednictvím posuzujícího lékaře. Návrh má/nemá odkladný účinek.* | | |
| Datum vydání lékařského posudku: | | |
| Platnost tohoto posudku končí dnem: *(vyplní se jen při zkrácení doby platnosti)* | | |
| Jméno, příjmení a podpis posuzujícího lékaře: | | |
| Razítko poskytovatele: | | |
| Posuzovaná osoba podpisem stvrzuje, že byla s posudkem seznámena, že mu porozuměla, měla možnost se proti posudku odvolat a posudek předá zástupci zaměstnavatele, který ji na prohlídku poslal. | | |
| Datum: | Podpis posuzované osoby: | |