

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| SALUBRA s.r.o, Seydlerova 2451/8, Praha 5, IČO: 25741772 **Infolinka: 232 001 001** | | | | | | | |
| **Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k práci** | | | | | | | |
| Jméno a příjmení: |  | | | | Osobní číslo: | | **Žádost o provedení pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti ve vztahu k práci** |
| Adresa trvalého (přechodného) pobytu: |  | | | | | |
| Datum narození: |  | | | | | |
| Zaměstnavatel: |  | | | | | |
| Pracoviště: |  | | | | | |
| Druh prohlídky: |  | | | | | |
| Důvod k prohlídce: |  | | | Druh práce, konkrétní pracovní činnosti | |  |
| Pracovní zařazení: |  | | | Pracovní režim: | |  |
| Rizikové faktory pracovních podmínek Kategorie páce  Profesní rizika | Faktor | | Kat. | Faktor | | Kat. |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| Evidenční číslo posudku: |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| Datum, razítko a podpis zaměstnavatele: | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Posuzovaná osoba je pro výkon uvedené práce:**   Zdravotně způsobilá   Zdravotně nezpůsobilá (pouze u vstupní prohlídky)   Zdravotně způsobilá s podmínkou   |  | | --- | |  |    Pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost vykonávat dosavadní práci   z důvodu: | | | | | | | **Potvrzení PLS - VYPLNÍ LÉKAŘ** |
| Termín další prohlídky:  v řádném termínu  termín mimořádné prohlídky……………………….. | | | | | | |
| Proti tomuto posudku je možno podat podle § 46, odst. 1 zákona 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách v platném znění, návrh na jeho přezkoumání, a to do 10 pracovních dnů ode dne prokazatelného předání.  Návrh se podá poskytovateli, který posudek vydal. Zároveň je možné vzdát se práva na přezkoumání lékařského posudku dle § 46, odst. 1 zákona 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách v platném znění. V případě, že posuzovaná osoba je pro účely, pro něž byla posuzována, zdravotně způsobilá, návrh na přezkoumání má odkladný účinek. | | | | | | |
| Posuzovaná osoba se vzdává práva na přezkoumání posudku:  ANO /  NE  Zaměstnavatel se vzdává práva na přezkoumání posudku:  ANO /  NE | | | | | | |
| Datum převzetí  posuzovanou osobou: | | Podpis posuzované osoby: | | | | |
| Datum vystavení  lékařského posudku: | | Razítko a podpis lékaře: | | | | |
| Datum a podpis osoby pověřené k převzetí posudku pro zaměstnavatele: | | | | | | |