

|  |
| --- |
|  |
|   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 /  NEZaměstnavatel se vzdává práva na přezkoumání posudku:  ANO /  NE |
| Datum převzetíposuzovanou osobou: | Podpis posuzované osoby: |
| Datum vystavenílékařského posudku: | Razítko a podpis lékaře: |
| Datum a podpis osoby pověřené k převzetí posudku pro zaměstnavatele: |