

## **ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

**Zaměstnavatel:**  
( název, sídlo, IČO )

**Posuzovaná osoba:**  
( jméno a příjmení, datum narození, bydliště )

**Druh požadované prohlídky: VSTUPNÍ – PERIODICKÁ – MIMOŘÁDNÁ – VÝSTUPNÍ – jiná (\*)**

**Pracovní zařazení posuzované osoby ( dle prac. smlouvy ): .....**

**Výsledná kategorie práce: 1            2                            2R                            3                            4 (\*)**

**Pozn.: v případě kat 2 a vyšší uvést rizikové faktory prac. podmínek ( dle Vyhl. č. 79/2013 Sb.)**

.....  
.....

**Rizika ohrožení zdraví ( dle Vyhl. č. 79/2013 Sb. ): .....**

.....  
.....

**Stručný popis pracovní činnosti a pracovního prostředí:.....**

.....  
.....

**Úvazek: ..... Směnnost: ANO/NE      Noční směny: ANO/NE (\*)**

**Zároveň pověřuji výše uvedeného zaměstnance k převzetí posudku vydaného na základě této žádosti**

**Za organizaci ( datum, jméno, razítko a podpis zodpovědné osoby): .....**

.....

## **LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

**Posuzovaná osoba je k výkonu práce ve shora uvedeném druhu práce (\*)**

**ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ**

**ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÁ**

**ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ S PODMÍNKOU:.....**

.....

**POZBYLA DLOUHODOBĚ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST K VÝKONU PRÁCE**

**Platnost posudku do :**    1) dle zákona    2) .....

.....  
**Datum vystavení posudku**

.....  
**Identifikace a podpis lékaře**

*Proti tomuto posudku je možno podat dle §46 odst.1 zákona č. 373/2011 Sb. návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání. Návrh se podává poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.*

**Posuzovaná osoba převzala posudek : .....**

**( datum, podpis )**

(\*) nehodící se škrtněte