## Hlavicka-V-a-V-akademy

## LEKÁRSKY POSUDOK

## o zdravotnej spôsobilosti na prácu požadovaný v súvislosti s výkonom práce

**Údaje o zamestnávateľovi:**

1. ak ide o **právnickú osobu**\*)

Obchodné meno:.......................................................................................................................................................................................................

Sídlo:.................................................................................................................................................................................................................................

IČO:...................................................................

1. ak ide o **fyzickú osobu – oprávnenú na podnikanie**\*)

Meno a priezvisko: ....................................................................................................................................................................................................

Miesto podnikania: ..................................................................................................................................................................................................

IČO:......................................................................

**Údaje o zamestnancovi / POSUDZOVANEJ OSOBE:** \*)

Meno a priezvisko:....................................................................................................................................................................................................

Dátum narodenia:..........................................................................

Trvalý pobyt:.................................................................................................................................................................................................................

Profesia – pracovné zaradenie – posudzovaná práca:

**06.1 OBSLUHA MOTOROVýCH VOZíKOV**

Faktory práce a pracovného prostredia: **fyzická záťaž-ručná manipulácia s bremenami, záťaž teplom**
 **a chladom pri práci, hluk, vibrácie \*)**

**Záver:**

**a)** Spôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

**b)** Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením\*)

 .............................................................................................................................................................................................................................

**c)** Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum:  odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára

##  a podpis lekára vykonávajúceho lekársku

##  prehliadku v súvislosti s výkonom práce