|  |  |
| --- | --- |
| **Společnost:****Sídlo:****Adresa pracoviště:** |     |
| **ŽÁDOST****o posouzení zdravotní způsobilosti k práci** | **Datum:** |  |
| **Perioda:** |       |
| **Druh prohlídky:** | [ ]  VSTUPNÍ[ ]  PREVENTIVNÍ [ ]  VÝSTUPNÍ | [ ]  MIMOŘÁDNÁ[ ]  NÁSLEDNÁ |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |       |
| **Trvalý pobyt / bydliště:** |       |
| **Pracovní zařazení:** |      *Dle pracovní smlouvy.* |
| **Další profese a vykonávané činnosti:**  |           *Např.: obsluha zdvihacích zařízení, obsluha tlakových nádob, obsluha motorového vozíku, svařování, práce ve výškách, práce v noci apod.* |
| **Druh a režim práce, pracovní podmínky:**  |           *Např.: třísměnný provoz, trvalá práce venku apod.* |
| **Kategorie práce:**  | Kategorie:  *(dle zákona č. 258/2000 Sb., v platném znění)* |
| **Požadovaná vyšetření dle kategorizace:** |      *Např. hluk, vibrace (dle rozhodnutí KHS o zařazení prací do kategorií)* |
| **Dříve zjištěná omezení:** |            |

Na základě ustanovení § 55 odst. 1 písm. c) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, žádáme o provedení pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti k práci u výše uvedeného zaměstnance, resp. uchazeče o zaměstnání.

 ………………………………………………………………………..

 *Jméno a podpis zaměstnavatele (vedoucího zaměstnance)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rozhodnutí zaměstnavatele o pracovním zařazení na základě lékařského posudku:** **(jméno, datum, podpis odpovědné osoby)** |  |
| **Seznámení s výsledky:****(datum, podpis zaměstnance)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LÉKAŘSKÝ POSUDEK****o zdravotní způsobilosti k práci** | **Datum vydání:** |  |
| **Pořadové / evidenční číslo posudku:** |  |
| **Identifikační údaje zaměstnavatele a posuzované osoby:** | Viz strana 1 – Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci |
| **Účel vydání posudku:** |  |
| **Posudkový závěr:** |
| **Termín provedení mimořádné prohlídky:** |  | **Datum ukončení platnosti posudku:** |  |
| **Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání lékařského posudku:** | Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do pracovních dnů ode dne .podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal.Návrh na přezkoumání má – nemá\*) odkladný účinek.\*) *Nehodící se škrtněte.* |
| **Identifikační údaje poskytovatele pracovnělékařských služeb:** | **Identifikační údaje lékaře,** **který posudek vydal (jméno, podpis):** |