|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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):** | | | |