

Potvrzení o zdravotní způsobilosti pro výkon povolání.

Název povolání:

Titul, jméno a příjmení
žadatele o potvrzení:

Datum a místo narození:

Adresa trvalého pobytu:

Výše uvedená posuzovaná osoba je k výkonu uvedeného povolání.

je zdravotně způsobilá*
není zdravotně způsobilá*

Datum vydání potvrzení:

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře, otisk razítka zdravotnického zařízení

* nehodící se škrtněte