LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání ____________

jméno a příjmení: ____________

datum narození: ____________ místo narození: ____________

adresa trvalého pobytu: ____________ PSČ: ____________

Výše jmenovaný je schopen ____________ /*[1] pracovat jako ____________

Toto lékařské potvrzení může být nahrazeno lékařským posudkem.

Poznámka lékaře:

V ____________ , dne ____________

....

Razítko a podpis posuzujícího lékaře

/*[1] vyznačte variantu