

# Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotní způsobilosti k výkonu samostatné výdělečné činnosti

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Charakteristika výkonu povolání: .....

.....

.....

Posuzovaná osoba

– je způsobilá

– není způsobilá

– je zdravotně způsobilá za podmínky: .....

.....

k výkonu uvedeného povolání.

Vydáno pro/za účelem: .....

.....

Datum vydání: .....

Podpis a razítko lékaře: .....