**Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti**

Jméno a příjmení žadatele: ………………………………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu: ………………………………………..………………………………………………………………………..

Datum narození: ………………………………………………… Průkaz totožnosti číslo:1) ……………………………………

Pracovní riziko:……………………………………………………………………………………………..................................... .

Pracovní pozice:……………………………

Výrobní středisko:………………………..

**Prohlašuji, že**

a) se cítím zdráv (a) nejsem si vědom (a), že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou spojen s mým pracovním zařazením .............................. ANO / NE 2) (nehodící se škrtněte)

b) se necítím zdráv (a), mám následující zdravotní obtíže: 2)……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

c) se cítím zdráv (a), ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc: 2) …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky: 2) …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

e) užívám - užíval 2) jsem pravidelně - nepravidelně 2) tyto návykové látky …………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

f) období bez projevů nemoci, vady nebo nemoci trvá 3).......................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího praktického lékaře, pokud není posuzujícím

lékařem: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, např. Alergologa, kožního lékaře, plicního

lékaře a pod, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčil:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl (a) úplně a pravdivě.

v …………………………….. dne ……………… ............................................................

 podpis posuzované osoby

1)například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad, u uprchlíků doklad totožnosti

2) nehodící se škrtněte

3) Vyplní se v případě, kdy je tato skutečnost rozhodná pro posouzení zdravotní způsobilosti podle vyhlášky č. 277/20014 Sb.