ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY A ŽÁDOST O VYDÁNÍ POSUDKU O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI, který byl vystaven v rámci zajišťování pracovnělékařské služby dle zákona č. 373/2011 Sb. ve znění změn

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zaměstnavatel:**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  **nám. T. G. Masaryka 5555, 760 01 Zlín IČ: 70883521**  **žádá o posouzení zdravotní způsobilosti k práci pro svého zaměstnance uvedeného níže v bodě 2, dle činnosti a rizik uvedených v bodech 4., 5., a 6. Zároveň pověřuje níže uvedeného zaměstnance k převzetí posudku, vydaného na základě této žádosti, jménem zaměstnavatele.**  **Dne:**  **Razítko a podpis zaměstnavatele:** | | | | | | | | | | |
| **Poskytovatel pracovnělékařské služby:** | | | | | | | | Identifikační číslo | | |
| 1. Jméno, příjmení a titul posuzované osoby: | | |  | | | | | | | |
| Datum narození: | |  |  | | | | | | | |
| Adresa trvalého pobytu: | | |  | | | | | | | |
| Pracovní zařazení zaměstnance: | | |  | | | | | | | |
| Druh práce/konkrétní pracovní činnosti: | | |  | | | | | | | |
| Den vzniku pracovního poměru / Součást: | | |  |  | | | | | | |
| 2. Druh lékařské prohlídky  \*) Nehodící se škrtněte | **Vstupní\*)** | | **periodická\*)** | | Mimořádná\*) | Výstupní\*) | | | Následná\*) | |
| Poznámka: |  | |  | |  |  | | |  | |
| **3. Rizikový faktor** (zařazení do kategorie) | | | | | | | Kategorie | | | Výsledná kategorie  1 |
| NE | | | | | | | 1 | | |
| **4. Profesní riziko** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **5. Režim pracovní doby:** | | | | | | | | | | |
| **6. Posudkový závěr** \*) Nehodící se škrtněte  **Posuzovaná osoba k výkonu výše uvedené práce za uvedených podmínek:**   1. **je zdravotně způsobilá\*)** 2. je zdravotně nezpůsobilá\*) 3. je zdravotně způsobilá s podmínkou\*) 4. pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost\*) | | | | | | | | | | |
| **7. Další lékařská prohlídka:** a) v řádném termínu další preventivní prohlídky  b) za dobu …………. od data vydání tohoto lékařského posudku | | | | | | | | | | |
| **8. Datum provedení lékařské prohlídky/vystavení lékařského posudku:** | | | **Podpis a razítko lékaře - poskytovatele pracovnělékařské služby:** | | | | | | | |
| **9. Prohlášení posuzované osoby:**  **Potvrzuji níže svým podpisem**, že jsem pravdivě uvedl všechny informace o svém zdravotním stavu, o případných  pracovních omezeních a o lécích, které užívám a nezamlčel jsem žádné důležité podrobnosti. Byl jsem seznámen se závěrem posudku, jeho obsah beru na vědomí a obdržel jsem písemné vyhotovení. Převzal jsem i písemné vyhotovení posudku pro zaměstnavatele, k čemuž jsem jím byl písemně pověřen. Beru na vědomí, že proti tomuto posudku je možno podat dle platné legislativy návrh na přezkoumání, a to do 10 dnů ode dne jeho prokazatelného obdržení, u poskytovatele, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek  **Datum převzetí lékařského posudku a podpis posuzované osoby:** | | | | | | | | | | |