Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného* zamestnanca

Titul, meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Adresa bydliska: _____

Pracovné zaradenie (kategória/podkategória): _____
(napr. učiteľ, vychovávateľ, atď.)

Menovaná/(ý) je na výkon činnosti

TELESNE	a	DUŠEVNE
spôsobilý*/nespôsobilý*		spôsobilý*/nespôsobilý*

s obmedzením:

Toto potvrdenie je potvrdením o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného zamestnanca v zmysle §10 zákona č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V ..... dňa .....

.....
odtlačok pečiatky a podpis lekára

*)Nehodiace sa prečiarknite.