

# LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

EVIDENČNÉ ČÍSLO POSUDKU:

SÍDLO:

IČO:

## LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA LEKÁR

PRIEZVISKO A MENO:

DÁTUM NARODENIA:

REGISTRAČNÉ ČÍSLO V SLK:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU:

PRECHODNÝ POBYT:

JE SPÔSOBILÝ \*\*)

JE NESPÔSOBILÝ \*\*)

NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA..... \*)

V ODBORE ..... \*\*\*)

V .....

.....  
ODTLAČOK PEČIATKY  
A PODPIS LEKÁRA

DŇA .....

\*\*) Nehodiace sa prečiarknite.

\*\*\*) Uvedte študijný odbor uvedený na vysokoškolskom diplome alebo maturitnom vysvedčení, v prípade špecializácie aj špecializačný odbor uvedený na diplome o špecializácii.