**ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zaměstnavatel:**    Posuzujícímu lékaři/lékařce MUDr..…………………………….....………………………… v…………......................……......... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ŽÁDÁME O PROVEDENÍ a vydání lékařského posudku o zdravotní způsobilosti k práci | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | lékařského vyšetření mladistvých dle §247 zákoníku práce | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | lékařské preventivní prohlídky nařízené OOVZ dle §84 odst. 1) písm. v), w) zákona č. 258/2000 Sb. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | vstupní | | | ☐ | pravidelné | | | | ☐ | | mimořádné | | | ☐ | | výstupní preventivní lékařské prohlídky | | | | | | | | | | | | |
| Pana/paní: | | | |  | | | | | | | | | | | | Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Adresa trvalého/přechodného pobytu: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| který/á/ vykonává\* - má vykonávat\* pracovní činnost/činnosti: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Režim práce: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zařazenou/zařazené dle : | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| Výsledné kategorie | | | Dle vyhlášky 79/2013 Sb. | | | 1 | ☐ | | | 2 | | ☐ | Kategorie práce dle OOVZ vyhlášeném riziku | | | | | | 2R | ☐ | | | 3 | ☐ | | 4 | | ☐ |
| Rizikové faktory: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | § 1 odst. 1 písm. a) nebo b) vyhl. MD 101/1995 Sb. | | | | | | | | | | | | | ☐ | § 87 zákona č.361/2000 Sb. v platném znění | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | § 2 písm. a) vyhl. MD 101/1995 Sb. | | | | | | | | | | | | | ☐ | § 87a zákona č.361/2000 Sb. v platném znění | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | § 2 písm. b) bod 1 vyhl. MD 101/1995 Sb. | | | | | | | | | | | | | ☐ | § 19 zákona č. 258/2000 Sb. činnost epidemiologicky závažná | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | § 2 písm. b) bod 2 vyhl. MD 101/1995 Sb. | | | | | | | | | | | | | ☐ | § 1 – 6 Nařízení vlády 352/2003 Sb. kat: | | | | | |  | | | | poř.č. | |  | |
| ☐ |  | | | | | | | | | | | | | ☐ | vyhl. MD č. 42/2015 Sb. v platném znění | | | | | | | | | | | | | |
| Rizika ohrožení zdraví dle přílohy 2 část II vyhl. 79/2013 Sb. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | Bod 1 – Práce ve školách | | | | | ☐ | | Bod 5 – Řidiči referenti | | | | | | | | | ☐ | Bod 9 – Práce ve výškách | | | ☐ | Bod 13 – Noční práce | | | | | | |
| ☐ | Bod 2 – Epidemiologicky závažné činnosti | | | | | ☐ | | Bod 6 – Obsluha velínů | | | | | | | | | ☐ | Bod 10 – Práce záchranářů | | | ☐ | Bod 14 - Ostatní | | | | | | |
| ☐ | Bod 3 – Obsluha jeřábů | | | | | ☐ | | Bod 7 – Tlakové nádoby | | | | | | | | | ☐ | Bod 11 – Klimaticky náročné | | | ☐ | bod 5.1 Zraková zátěž | | | | | | |
| ☐ | Bod 4 – Obsluha vozíků | | | | | ☐ | | Bod 8 – Práce v dolech | | | | | | | | | ☐ | Bod 12 – Hlasová zátěž | | |  |  | | | | | | |
| Důvod k provedení prohlídky a informace pro lékaře:  .............................................................................................................................................................................  *Prohlašuji tímto, že jsem posuzovanou osobu zmocnil k prokazatelnému převzetí stejnopisu lékařského posudku určeného zaměstnavateli a že posuzované osoba toto zmocnění přijala.*  V ......………….......................................... dne …………........... .......................................................................  *\*Nehodící se škrtněte* podpis osoby oprávněné k vyžádání posudku  Zaškrtnutím křížkem X označte zařazení uváděné pracovní činnosti do příslušné skupiny (při kumulované funkci lze označit i více předpisů, podle kterých je prohlídka požadována) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |