

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

Zaměstnavatel: **Univerzita Palackého v Olomouci**

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

IC: 61989592

Součást: Přírodovědecká fakulta

Pracoviště: Odd. PaM PŘF

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 pracovní lékařské služby: | Identifikační číslo |
|--|---------------------|

|   |  |
|---|--|
| 1. Den provedení pracovní lékařské prohlídky: |  |
| 2. Jméno, příjmení a titul posuzované osoby:  |  |
| Datum narození:                               |  |
| Pracovní zařazení zaměstnance:                |  |
| Adresa trvalého pobytu:                       |  |
| Den vzniku pracovního poměru:                 |  |

|   |           |                              |             |            |            |
|---|-----------|------------------------------|-------------|------------|------------|
| 3. Druh lékařské prohlídky<br>*) Nehodící se škrtněte | Vstupní*) | pravidelná -<br>periodická*) | Mimořádná*) | Výstupní*) | Následná*) |
|---|-----------|------------------------------|-------------|------------|------------|

|   |           |                    |
|---|-----------|--------------------|
| 4. Rizikový faktor (zařazení do kategorie): | Kategorie | Výsledná kategorie |
|---|-----------|--------------------|

5. Druhy vykonávaných činností a rizika:

6. Režim práce:

7. Posudkový závěr \*) Nehodící se škrtněte  
Posuzovaná osoba k výkonu výše uvedené práce za uvedených podmínek:  
 a) je zdravotně způsobilá\*)  
 b) je zdravotně nezpůsobilá\*)  
 c) je zdravotně způsobilá s podmínkou\*)  
 d) pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost\*)

8. Další lékařská prohlídka: a) v řádném termínu další preventivní prohlídky  
 b) za dobu ..... od data vydání tohoto lékařského posudku

|  |   |
|--|---|
| 9. Datum vystavení lékařského posudku: | Podpis a razítko lékaře - poskytovatele pracovní lékařské služby: |
|--|---|

10. 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 nezmičel 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: