



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Potvrzení o zdravotní způsobilosti

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Výše jmenovaný(á) netrpí akutním infekčním onemocněním ani duševní poruchou, kvůli které by jeho/její chování závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.
Zdravotní stav výše jmenované(ho) nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

Datum:

Razítko zdravotnického zařízení
a podpis lékaře: