

ŽÁDOST**o provedení pracovnělékařské prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem
posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu služby**

Žádám o provedení pracovnělékařské prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu služby:

Žadatel o přijetí do služebního poměru (podle zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě):

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Lékařská prohlídka:

Zaměstnavatel (služební úřad): Ministerstvo vnitra

Adresa sídla: Jindřišská 34, 110 00 Praha 1

Služební místo: vrchní ministerský rada

Obor služby: 29 Legislativa a právní činnost

Útvar: Odbor vzdělávání a mezinárodní spolupráce ve státní službě, oddělení právní podpory
a mezinárodní spolupráce ve státní službě

Výkon služby za těchto pracovních podmínek (druh služby, režim služby, charakter pracovních podmínek obsahující výčet jednotlivých rizikových faktorů pracovních podmínek s uvedením jejich míry, rizik ohrožení zdraví, popř. dalších rizik s využitím vyhlášky č. 79/2013 Sb. a s využitím vyhlášky č. 432/2003 Sb.):

Režim služby: 40 hod. týdně, jednosměnný, administrativní práce, služba na dobu neurčitou

Rozvržení služební doby: pravidelné

Celková kategorie služby: 1 – žádné rizikové faktory

V

dne

Podpis žadatele:

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K VÝKONU SLUŽBY

| | | | |
|---|----------------------------|---|--|
| 1. Pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku: | | | |
| 2. Účel vydání posudku: | | Pracovnílékařská prohlídka - vyšetření pro účely posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu služby | |
| 3. Druh prohlídky: | | | |
| 4. Identifikační údaje zaměstnavatele: | | | |
| 5. Identifikační údaje posuzované osoby: | | | |
| Jméno, příjmení a titul: | | Datum narození: | |
| Adresa trvalého pobytu: | | | |
| 6. Údaje o služebním místě | | | |
| Služební místo: | | | |
| Režim služby: | | | |
| Pracovní podmínky: | | | |
| Míra rizikových faktorů: | | | |
| Kategorie | (doplňte číslo) | | |
| 7. Posudkový závěr: | | POSUZOVANÁ OSOBA: | |
| JE ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ.* | JE ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÁ.* | POZBYLA DLOUHODOBĚ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOST.* | |
| JE ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÁ S PODMÍNKOU*: | | | |
| 8. Datum vydání lékařského posudku: | | 9. Datum ukončení platnosti posudku: ¹ | |
| 10. Poskytovatel pracovnílékařských služeb, který vydal lékařský posudek: | | | |
| IČ poskytovatele: | | | |
| Adresa sídla nebo místa podnikání: | | | |
| Jméno a příjmení posuzujícího lékaře: | | | |
| | | | |
| podpis posuzujícího lékaře | | razítko poskytovatele | |

¹ Pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.

* Nehodící se škrtněte

11. Poučení: Proti tomuto pracovnělékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, návrh na jeho přezkoumání. Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal; návrh se podává prostřednictvím posuzujícího lékaře. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.

| | |
|--------------------------------|--|
| Posuzovaná osoba převzala dne: | |
| | |
| podpis posuzované osoby | |