

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI KE VZDĚLÁVÁNÍ

dle vyhl. MZ č. 98/2012 Sb. a vyhl. MZ č. 79/2013 Sb.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Studijní program:

Studijní obor:

Forma výuky:

Potvrzuji tímto, že uchazeč je schopen studia v plném požadovaném rozsahu daném platnou akreditací (teoretická výuka, praktická výuka, praxe) a následně výkonu povolání vyplývající z platné legislativy MZ ČR, jež stanovuje profil absolventa pro ve výše uvedeném studijním programu/oboru.

Datum:

Razítko a podpis lékaře