

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vydává se pro studijní program: **Zdravotně-sociální péče**

Jmenovaný je schopen studia a výkonu povolání ve výše uvedeném programu.

Potvrzení se vydává v souladu s vyhláškou č. 271/2012 Sb., o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka), v platném znění.

Jméno lékaře:.....

Datum:..... Razítko a podpis lékaře: