

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:

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.

Uchazeč je očkovan proti hepatitidě typu B

ANO *

NE *

**potvrdí a zaškrtně lékař*

V dne

.....
podpis a razítko lékaře*

** posudek vydává dle § 49 odst. 1) zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, lékař v oboru všeobecné praktické lékařství, příp. v oboru praktický lékař pro děti a dorost*