

Pracovná zdravotná služba: PhDr. Natália Jányová – PZS

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

A. Údaje o zamestnávateľovi (právnická osoba):

Obchodné meno: Základná škola Anatolija Karpova, Černyševského 8, Bratislava

Sídlo: Černyševského 8, 851 05 Bratislava

IČO: 31754929

B. Údaje o zamestnancovi:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

Pracovisko: Základná škola Anatolija Karpova, Černyševského 8, 851 05 Bratislava

C. Typ lekárskej preventívnej prehliadky:

Pred uzatvorením pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu

D. Pracovná činnosť zamestnanca:

Profesia - pracovné zaradenie – posudzovaná práca: **upratovačka**

Faktory práce a pracovného prostredia	Kategória práce	Posúdiť*
Fyzická záťaž	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychická pracovná záťaž	1	<input checked="" type="checkbox"/>
Chemické faktory (čistiace a dezinfekčné prostriedky)	2	<input checked="" type="checkbox"/>

Práca podľa osobitných predpisov	Posúdiť*
Ručná manipulácia s bremenami	<input checked="" type="checkbox"/>

E. Záver lekárskeho posudku zamestnanca (TÚTO ČASŤ VYPLNÍ LEKÁR):

(Nehodiace sa prečiarknite, pri zakrúžkovaní písmena b je nevyhnutné doplniť konkrétne údaje)

- spôsobilý na výkon posudzovanej práce popísanú a posúdenú v bode D) posudku.
- spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením popísanú a posúdenú v bode D) posudku:

.....

(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) **dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce popísanú a posúdenú v bode D) posudku.**

V dňa:

odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu
prehliadku vo vzťahu k práci

*označiť krížikom

Potvrdzujem svojím podpisom, že som lekárovi nezamlčal/a žiadne skutočnosti ovplyvňujúce výsledok lekárskej prehliadky, nie som si vedomý/á, že mám stav, poruchu alebo chorobu, ktoré by negatívne ovplyvňovali alebo vylučovali moju spôsobilosť na výkon posudzovanej práce. V prípade, že zistím zdravotné ťažkosti v súvislosti s výkonom práce, zaväzujem sa túto skutočnosť neodkladne ohlásiť priamemu nadriadenému. Ak sa domnievam, že posúdenie mojej zdravotnej spôsobilosti na prácu je nesprávne, môžem písomne požiadať o preskúmanie posudku lekára, ktorý posudok vydal.

.....

podpis zamestnanca