

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:  
Adresa:  
IČO:

Evidenčné číslo posudku:

## Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

Priezvisko a meno: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa bydliska: .....

**Je spôsobilý**

**Je nespôsobilý**

\*) nehodiace sa preškrtnite

**na vykonávanie činnosti na technickom zariadení elektrickom**

V .....

Dňa: .....

Pečiatka a podpis lekára