**POSUDOK**

**o zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej činnosti**

**Údaje o zamestnávateľovi :**

obchodné meno :

sídlo zamestnávateľa:

sídlo chránenej dielne / pracoviska

IČO:

**Údaje o zamestnancovi :**

Meno a priezvisko : ..........................................................................................................................

Dátum narodenia : ..........................................................................................................................

Bydlisko : ........................................................................................................................................

**Pracovné zaradenie – profesia** ...............................................................................................................

**popis hlavných vykonávaných činností\***)...............................................................................................

........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

**Údaje z posudku posudkového lekára:**

**Rozhodujúce zdravotné postihnutie:** .....................................................................................................

................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**Iné zdravotné postihnutie:** ...........................................................................................................

...............................................................................................................................................................

**Stanovisko lekára :**

* Spôsobilý na výkon činností v zmysle pracovnej náplne bez asistencie**\*\*)**
* Spôsobilý na výkon činností v zmysle pracovnej náplne s asistenciou na nasledovné pracovné činnosti a osobné potreby**\*\*)** :

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

(uviesť konkrétne činnosti pri ktorých sa vyžaduje potreba pracovnej asistencie)

...............................................................................

odtlačok pečiatky a podpis lekára

vykonávajúceho lekársku preventívnu prehliadku

Dátum :

**\***príloha - pracovná zmluva a pracovná náplň

\*\*nehodiace sa vyškrtnite

**Súhlas zamestnanca:**

Súhlasím s poskytnutím údajov uvedených v tomto posudku Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny pre účely poskytnutia príspevkov zamestnávateľovi na podporu zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím v súlade s zák. č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov.

Dňa ............................................

..............................................................

(podpis zamestnanca)