**POSUDOK**

**o zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej činnosti**

**Údaje o OSZČ :**

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

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

Bydlisko / adresa chráneného pracoviska: ................................................................................................

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

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

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

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

**Údaje z posudku posudkového lekára:**

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

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

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

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

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

**Stanovisko lekára :**

* Spôsobilý na výkon činností v zmysle živnostenského listu bez asistencie**\*\*)**
* Spôsobilý na výkon činností v zmysle v zmysle živnostenského listu 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 – živnostenský list

\*\*nehodiace sa vyškrtni

**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)