|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**  zpracovaná ve smyslu odst. (1), § 42, zákona č. 373/2011 Sb., úz | | | | | | | | | | |
| **A. Identifikační údaje** | | |  | | **A1. Evidenční číslo žádosti:** | | | | |  |
| **A2.1 Zaměstnavatel** | | |  | | **A3. Zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání** | | | | | |
|  | | | | | **Jméno a příjmení:** | | |  | | |
| Ulice + čp: | | |  | | |
| PSČ + Obec: | | |  | | |
| Datum narození: | | |  | | |
| Rodné číslo: | | |  | | |
| **A2.2 Provozovna:** | | |  | | | | | | | |
| **B. Údaje o práci** | | | | | | | | | | |
| **B1. Profese:** | | |  | | | | | | | |
| **B2. Druh práce:** | | | | | | | | | | |
| Zde co nejpřesněji popište práci. | | | | | | | | | | |
| **B3. Režim práce:** | | Jednosměnný | | | **B4. Pracovní doba:** | | | |  | |
| **B4. Kategorizace prací:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **B4.2 Údaj o době expozice příslušnému rizikovému faktoru** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **B5.1 Rizika ohrožení zdraví:** | | | | | | | | | | |
| Součástí práce jsou níže uvedená rizika ohrožení zdraví, dle části II, přílohy 2, vyhlášky č. 79/2013 Sb., úz, bodu: | | | | | | | | | | |
|  | 1. Práce ve školách a školských zařízeních… | | | | |  | 8. Práce v hlubinných dolech | | | |
|  | 2. Činnosti epidemiologicky závažné | | | | |  | 9. Práce ve výškách a nad volnou hloubkou s OOPP | | | |
|  | 3. Obsluha jeřábů, stavebních strojů, vazači jeřábových břemen, obsluha transportních zařízení… | | | | |  | 10. Práce záchranářů | | | |
|  | 4. Obsluha a řízení motorových a el. vozíků … | | | | |  | 11. Práce v klimaticky a epidem. náročných oblastech | | | |
|  | 5. Řízení motorových vozidel „referentských“… | | | | |  | 12. Hlasová zátěž | | | |
|  | 6. Obsluha řídících center a velínů… | | | | |  | 13. Noční práce | | | |
|  | 7. Obsluha tlakových nádob stabilních, obsluha a opravy vysokonapěťových el. zařízení, práce na el. zařízeních | | | | |  | 14. Další práce nebo činnosti (uveďte) | | | |
| **B5.2 Další činnosti, mající vliv na lékařskou prohlídku:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **B5.3 Mladistvý zaměstnanec(kyně):** | | | |  | | | | | | |
| **B5.4 Další rizikové faktory pracovních podmínek** | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | |
| **C. Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** | | | | | | | | | | |
| **Následná pracovnělékařská prohlídka** | | | | | | | | | | |
| **D. Důvod k provedení pracovnělékařské prohlídky** | | | | | | | | | | |
| Ověření zdravotní způsobilosti zaměstnance po ukončení pracovněprávního vztahu. | | | | | | | | | | |
| **E. Potvrzení o vydání žádosti:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| V………………………………………………., dne…………………………….., za zaměstnavatele: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | ………………………………………. | |
|  | | | | | | | | | jméno, příjmení a podpis | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LÉKAŘSKÝ POSUDEK** | | | | | | | | | | | | |
| vyhotovený v souladu s § 42, zákona č. 373/2011 Sb., úz, na základě žádosti č.: | | | | | | | | | | |  | |
| **A. Identifikační údaje** | | | **A1. Evidenční číslo posudku:** | | | | | | | |  | |
| **A2.1 Zaměstnavatel** | | | **A3. Poskytovatel pracovnělékařských služeb** | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | |
| RAZÍKO  A PODPIS  LÉKAŘE | | |
| **A2.2 Provozovna:** | | |
|  | | |
| **A4. Zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání (= posuzovaná osoba)** | | | | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení** | | | **Manipulační dělník** | | | | | | | | | |
| Ulice + čp  PSČ + Obec | | | Režim práce: | | | | |  | | | | |
| Datum narození: |  | | Pracovní doba: | | | | |  | | | | |
| RČ: |  | |  | | | | | | | | | |
| **B1. Další informace o práci a její rizikovosti** | | | | | | | | | | | | |
| Viz informace uvedené na druhé straně listu (v žádosti o prohlídku), v bodech B2; B4; B5.1; B5.2; B5.3 a B5.4. | | | | | | | | | | | | |
| **C. Účel vydání posudku** | | | | | | | | | | | | |
| Posudek se vydává za účelem posouzení zdravotní způsobilosti posuzované osoby (jméno a příjmení) k práci a to na základě písemné žádosti (ev. č. viz horní pravý roh posudku), z důvodu:  Přijetí zaměstnance k práci a nutnost ověření jeho zdravotní způsobilosti k této práci.  Posouzení zdravotní způsobilosti zaměstnance / uchazeče o zaměstnání bylo provedeno formou:  Vstupní pracovnělékařská prohlídka | | | | | | | | | | | | |
| **D1.1. Posudkový závěr** | | | | | | | | | | | | |
| Posuzovaný zaměstnanec / uchazeč o zaměstnání jméno a příjmení, je pro svou profesi / práci a pro pracovní činnosti, které bude v rámci této profese / práce u zaměstnavatele vykonávat (lékař zakřížkuje odpovídající možnost, zbylé nehodící se přeškrtne): | | | | | | | | | | | | |
| **Zdravotně způsobilý(á)** | | | | | | **Zdravotně nezpůsobilý(á)** | | | | | | |
| **Zdravotně způsobilý(á) s podmínkou** | | | | | | **Dlouhodobě pozbyl(a) zdravotní způsobilost** | | | | | | |
| **D1.2 Vyjádření lékaře** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **E. Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání (odst. (1), (3), § 46, zákona č. 373/2011 Sb., úz)** | | | | | | | | | | | | |
| Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost. | | | | | | | | | | | | |
| **F. Datum vydání tohoto posudku:** | |  | | | **G. Datum ukončení platnosti posudku:** | | | | | | |  |
| **H. Potvrzení o převzetí posudku** | | | | | | | | | | | | |
| Jedno vyhotovení posudku a to včetně případných příloh, přebírá a toto převzetí stvrzuje svým podpisem: | | | | | | | | | | | | |
| **H1. Posuzovaná osoba:** | | | |  | | | **H2. Oprávněná osoba zaměstnavatele:** | | | | | |
|  | | | | | | | č. OP: | |  | | | |
| Datum a podpis: ………………………………………………... | | | | | | | Datum a podpis: ………………………………………………... | | | | | |
| Odmítá převzít posudek\* | | | | | | | Odmítá převzít posudek\* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Datum ………………………….., podpis (lékaře)…………………….., podpis (další zdravotnický pracovník)……….……………. | | | | | | | | | | | | |
| *\*Zakřížkuje se a podepíše posuzující lékař a další přítomný zdravotnický pracovník.* | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ**  o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku | | | |
|  | | | |
| Já, posuzovaná osoba *(nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti)*, se tímto vzdávám svého práva na přezkoumání lékařského posudku níže uvedeného. | | | |
|  |  | | |
| **Jméno a příjmení**  **posuzované osoby:** |  | | |
|  |  | | |
| **Rodné číslo**  **posuzované osoby:** |  | | |
|  |  | | |
| **Evidenční číslo lékařského posudku, který je předmětem tohoto prohlášení:** |  | | |
|  |  | | |
| **Posuzovaná osoba:** | |  | **Zdravotnický pracovník, který záznam provedl** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ……………………………………………………………………………  Jméno a příjmení | |  | ……………………………………………………………………………  Jméno a příjmení |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Datum a podpis: ………………………………………………… | |  | Datum a podpis: ………………………………………………… |
|  | |  |  |