Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného\* zamestnanca

Titul, meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa bydliska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pracovné zaradenie (kategória/podkategória): učiteľka materskej školy

Menovaná/(ý) je na výkon činnosti

 TELESNE a  DUŠEVNE

 spôsobilý\*/nespôsobilý\* spôsobilý\*/nespôsobilý\*

s obmedzením: .....................................................................................

Toto potvrdenie je potvrdením o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného zamestnanca v zmysle §10 zákona č. 317/2009 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V ..................................... dňa .........................

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

 odtlačok pečiatky a podpis lekára

\*)Nehodiace sa prečiarknite.