Název a sídlo firmy (podnikající fyzické osoby) požadující posudek (razítko) :

Zastoupeného (jméno, příjmení, podpis)…………………………………………………………………………………………….

1. **Žádost o provedení výstupní pracovnělékařské prohlídky (vyplní zaměstnavatel)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení zaměstnance :** | Rodné číslo : | Číslo průkazu totožnosti: |
| **Pracoviště :** | Pracovní zařazení : |
| **Rizikový faktor** **a kategorie** **práce :**(výsledná) | Prach kat.: | Chemické škodliviny kat.:  | Hluk kat.:  | Vibrace kat.:  |
| Neionizující záření kat.:  | Fyzická zátěž kat.:   | Pracovní poloha kat,:  | Zátěž teplem kat.: |
| Zátěž chladem kat.:  | Psychická zátěž kat.:  | Zraková zátěž kat.:  | Zátěž biologickými činiteli kat.: |

Za dále vymezených pracovních podmínek:

1. **Potvrzení lékaře o provedení pracovnělékařské prohlídky**

**Poskytovatel PLS**:Mediclinic a.s., Minská 84/97, 616 00 Brno, IČ: 27918335

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |
| Tímto poskytovatel pracovnělékařské služby potvrzuje, že byla u výše uvedeného zaměstnance **provedena/neprovedena\*** výstupní pracovnělékařská prohlídka v souvislosti s ukončením pracovního poměru ve firmě se zaměřením na uvedená rizika. |
| **Doplňující informace lékaře k výstupní prohlídce:** |
| **Zaměstnanec:*** **jeví \*známky poškození zdraví v souvislosti s výkonem práce**
* **nejeví \*známky poškození zdraví v souvislosti s výkonem práce**
 |

|  |
| --- |
| **Razítko, podpis lékaře** |

**UPOZORNĚNÍ !** :Pro výstupní lékařskou prohlídku vždy doneste výpis z Vaší zdravotnické dokumentace

\*) nehodící se škrtněte