



**Žádost o vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotní způsobilosti
k výkonu samostatné výdělečné činnosti**

Příjmení, jméno žadatele o příspěvek:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Žádám o vyjádření ke zdravotní způsobilosti k výkonu samostatné výdělečné činnosti
v oboru činnosti:

Datum:

Podpis žadatele:

Stanovisko ošetřujícího lékaře:

žadatel je zdravotně

způsobilý/á k výše uvedené činnosti

nezpůsobilý/á k výše uvedené činnosti

Datum:

Razítko a podpis lékaře: