



Potvrzení o zdravotní způsobilosti pro výkon práce
SANITÁŘ

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:.....

Datum narození: Rodné číslo:.....

V souladu se základními pedagogickými dokumenty mohou být na kvalifikační kurz SANITÁŘ přijímáni pouze ti uchazeči, kteří splňují zdravotní kritéria včetně kritérií pro pracovníky vykonávající činnost epidemiologicky závažnou.

Při výběru studijního oboru **nejsou** zdravotně způsobilí uchazeči trpící zejména:

- prognosticky závažnými onemocněními podpůrného a pohybového aparátu znemožňujícími zátěž páteře a trupu,
- prognosticky závažnými onemocněními omezujícími funkce končetin,
- prognosticky závažnými chronickými nemocemi dýchacích cest a plic, kůže a spojivek včetně onemocněními alergickými,
- prognosticky závažnými nemocemi srdce a oběhové soustavy vylučujícími středně velkou zátěž,
- prognosticky závažnými poruchami mechanismu imunity,
- prognosticky závažnými a nekompenzovanými formami epilepsie a epileptických syndromů a kolapsovými stavy,
- prognosticky závažnými nemocemi oka znemožňujícími zvýšenou fyzickou zátěž a manipulaci s břemeny,
- prognosticky závažnými poruchami vidění, poruchami barvocitu,
- závažnými duševními nemocemi a poruchami chování.

Potvrzuji tímto, že výše uvedený uchazeč netrpí žádnou z uvedených chorob a je tudíž způsobilý ke studiu kvalifikačního kurzu SANITÁŘ, jakož i výkonu tohoto povolání.

Vdne.....

.....
Razítko a podpis praktického lékaře