

Potvrzení o zdravotní způsobilosti

Potvrzuji, že žadatel:

Jméno a Příjmení:

Narozen:

Bytem:

je SCHOPEN/ NESCHOPEN* studia a výkonu pracovních činností (včetně práce ve výškách) souvisejících s výukou a zkouškou v oboru - **kominík**

Případná omezení:

Datum, místo:

Razítko + podpis lékaře / lékařky

*Nehodící se škrtněte