

## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRO VÝKON PRÁCE SANITÁŘE

Jméno a příjmení: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

V souladu se základními pedagogickými dokumenty mohou být na kvalifikační kurz SANITÁŘ přijímáni pouze uchazeči splňující zdravotní kritéria pro zdravotnické 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.

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

Očkování proti vir. hep B, 2. dávka dne: \_\_\_\_\_

V .....

.....  
*razítko a podpis praktického lékaře*

