

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného* zamestnanca

Titul, meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Adresa bydliska: _____

Pracovné zaradenie (kategória/podkategória): **riaditeľ/ka Spojenej školy, Ústredie 533, 023 21 Korňa**
– **pedagogický zamestnanec**

Menovaná/(ý) je na výkon činnosti

TELESNE a DUŠEVNE

spôsobilý*/nespôsobilý* spôsobilý*/nespôsobilý*

s obmedzením:

Toto potvrdenie je potvrdením o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného zamestnanca v zmysle § 16 zákona č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V dňa

.....

odtlačok pečiatky a podpis lekára

*) Nehodiace sa prečiarknite.