

Príloha č. 2

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti pedagogického/odborného* zamestnanca

Titul, meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Pracovné zaradenie: vedúci pedagogický zamestnanec / riaditeľ

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. 318/2019 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