

ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

a posouzení zdravotní způsobilosti ve vztahu k práci

1 POŽADOVANÁ PROHLÍDKA

☐ vstupní ☐ periodická ☐ mimořádná ☐ výstupní ☐ následná

Důvod provedení prohlídky: _____

☐ souběh mimořádné a periodické prohlídky

Při souběhu důvod mimořádné prohlídky: _____

2 IDENTIFIKACE ZAMĚSTNAVATELE

Postavení zaměstnavatele:

☐ právnická osoba / podnikající fyzická osoba ☐ fyzická osoba

☐ stát / organizační složka státu ☐ kraj ☐ obec

Obchodní firma / název nebo jméno a příjmení: _____

Adresa sídla: _____

IČO (bylo-li přiděleno): _____

U fyzické osoby datum narození: _____

U fyzické osoby adresa trvalého pobytu / pobytu v ČR: _____

U státu, kraje nebo obce: název, sídlo a IČO příslušné organizační složky: _____

3 IDENTIFIKACE ZAMĚSTNANCE NEBO UCHAZEČE O ZAMĚSTNÁNÍ

Jméno, případně jména, a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu / pobytu v ČR (jde-li o cizince): _____

4 PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ A CHARAKTER PRÁCE

Pracovní zařazení / předpokládané pracovní zařazení: _____

Druh práce: _____

Konkrétní pracovní činnosti:

Týdenní pracovní doba (hodiny): _____

Režim pracovní doby: _____

Délka směny (hodiny): _____

ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

a posouzení zdravotní způsobilosti ve vztahu k práci

5 PRACOVNÍ PODMÍNKY A RIZIKOVÉ FAKTORY

Výsledná kategorie práce: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2R ☐ 3 ☐ 4

Rizikové faktory ve vztahu ke konkrétní práci a kategorie podle jednotlivých faktorů:

Rizikový faktor	Kategorie	Míra / bližší popis expozice

Profesní rizika (uvedte konkrétní činnosti a právní předpis, pokud je relevantní):

Rizikové faktory podle jiných právních předpisů (jsou-li přítomny):

Jiné skutečnosti rozhodné pro posouzení zdravotní způsobilosti:

Při výstupní prohlídce: doba expozice příslušnému rizikovému faktoru
(pro potřeby případné následné prohlídky):

6 POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Zaměstnavatel potvrzuje správnost uvedených údajů o práci a pracovních podmínkách.

Místo a datum

Jméno, podpis a případně razítko zaměstnavatele