**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**

**Doklad je vyžadován pro potřeby provádění činnosti na vyhrazených technických plynových zařízeních podle Zákona č. 250/2022 Sb., o bezpečnosti práce v souvislosti s provozem vyhrazených technických zařízení a o změně souvisejících zákonů**

Potvrzujeme, že pan / paní:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno:** |  |
| **Příjmení:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Město:** |  |
| **PSČ:** |  |
| **Ulice:** |  |
| **Číslo popisné:** |  |

je tělesně i duševně způsobilý / způsobilá v souladu s kvalifikací a praxí vykonávat činnost (nehodící se škrtněte):

1. **montážního pracovníka plynových zařízení**
2. **revizního technika plynových zařízeních**

**Poznámka**: **……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………. .**

**Dne**: **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .**

**Razítko a podpis lékaře**: **………………………………………………………………...…………………………………………………………………….. .**