**k odborné způsobilosti v elektrotechnice**

Potvrzujeme, že pan / paní:

|  |  |
| --- | --- |
| **jméno** |  |
| **příjmení** |  |
| **datum narození** |  |
| **ulice a č.p.** |  |
| **město** |  |
| **PSČ** |  |

je tělesně i duševně způsobilý / způsobilá v souladu s jeho kvalifikací a praxí vykonávat:

1. obsluhu vyhrazených elektrických zařízení (VTZ),
2. samostatnou práci na VTZ,
3. řízení činnosti na VTZ,
4. práci v blízkosti el. zařízení pod napětím,
5. práce ve výškách.

Pokud lékařem prohlížená osoba nevyhovuje některým výše uvedeným požadavkům – škrtne se v konkrétním případě, ve kterém nevyhovuje.

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

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

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