**LEKÁRSKY POSUDOK**

**ERB OBCE**

 **o zdravotnej spôsobilosti na výkon činnosti**

**hasiča v dobrovoľnom hasičskom zbore obce**

|  |
| --- |
| **Údaje o členovi DHZ obce** |
| Meno a Priezvisko : |
| Rodné číslo : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pracovné činnosti, na ktoré sa vyžaduje zdravotná spôsobilosť** | **schopný** | **neschopný** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ručná manipulácia s bremenami, NV SR č. 281/2006  |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Práca so zobrazovacími jednotkami, NV SR č. 276/2006  |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nočná práca, Zákonník práce  |  |   |  |  |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Práca s nebezpečnými chemickými faktormi, NV SR č. 355/2006 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vodič motorových vozidiel vyhláška č. 164/1997 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Činnosti na vyhradenom technickom zariadení |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vykonávanie práce vo výškach |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Práca s ručnými motorovými pílami vyhláška č. 43/1985 Zb. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Používateľ autonómnych dýchacích prístrojov |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Faktory pracovného prostredia :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hluk - kategória II. |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Chemický faktor - kategória II. |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tepelná záťaž, záťaž chladom - kategória II. |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Biologický faktor - kategória II. |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Psychická pracovná záťaž - kategória II. |  |   |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

..................................................

 Pečiatka a podpis zriaďovateľa

**Záver posudku :**

Menovaný(á) je na výkon vyššie uvedených činností a prác, pri ktorých môže byť exponovaný označeným faktorom pracovného prostredia : (\* Nehodiace sa prečiarknuť)

**Spôsobilý bez obmedzenia \* Spôsobilý s obmedzeniami \* Nespôsobilý \***

Lekárom uvedené prípadné obmedzenia pri práci:..................................................................................

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

.............................................. .....................................................

 Dátum Pečiatka a podpis lekára

**Čestné vyhlásenie zamestnanca:**

Týmto vyhlasujem, že som nezamlčal/a žiadne skutočnosti ovplyvňujúce výsledok lekárskej prehliadky.

 ......................................................

 Podpis člena DHZO