**Žádost o vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotní způsobilosti**

**k výkonu samostatné výdělečné činnosti**

Příjmení, jméno žadatele o příspěvek:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Žádám o vyjádření ke zdravotní způsobilosti k výkonu samostatné výdělečné činnosti v oboru činnosti:

Datum: Podpis žadatele:

**Stanovisko ošetřujícího lékaře:**

žadatel je zdravotně

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | způsobilý/á k výše uvedené činnosti |
|  |  |  |
|  |  | nezpůsobilý/á k výše uvedené činnosti |

Datum: Razítko a podpis lékaře: