**Potvrzení o zdravotní způsobilosti pro výkon povolání**

Název povolání: **ředitel/ředitelka Základní školy Budiměřice,** p.o.

Posuzovaná osoba:

| titul, jméno, příjmení |  |
| --- | --- |
| narozen/a dne |  |
| trvale bytem |  |

Potvrzuji, že výše uvedená posuzovaná osoba je k výkonu uvedeného povolání ve smyslu § 3 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

• zdravotně způsobilá\*)

• zdravotně nezpůsobilá\*)

datum vydání potvrzení:

…………………………………………………………………………………………………

jméno, příjmení posuzujícího lékaře, otisk razítka zdravotnického zařízení

………………………………………………………………….

podpis posuzujícího lékaře

\*) nehodící se škrtněte