**Lékařský posudek**

Evidenční číslo posudku:

**Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:**

**Adresa** sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

**Jméno,** popřípadě jména, a **příjmení posuzované osoby:**

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu, popřípadě místo pobytu na území ČR (jde-li o cizince):

Účel (důvod) vydání posudku:

**Posouzení zdravotní způsobilosti k péči o dítě v dětské skupině**

Pro účely žádosti o udělení oprávnění poskytovat službu péče o dítě v sousedské dětské skupině podle ust. § 5b zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině

Posudkový závěr:

Posuzovaná osoba a) je zdravotně způsobilá

b) není zdravotně způsobilá

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá.

.............................................. ………………………………………………………………

Datum vydání lékařského posudku Jméno, příjmení a podpis lékaře,

poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:

dne ………………………………….. ………………………………………………………….......

Podpis posuzované osoby