

LÉKAŘSKÝ POSUDEK ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

I. Posuzovaná osoba

Jméno, příjmení, titul

Bydliště

E-mail

Datum narození

Telefon

II. Potvrzuji, že výše jmenovaný/á

k výkonu funkce odpovědné osoby dle ust. čl. 3 odst. 2 písm. b) bod xi) nařízení Komise v přenesené pravomoci (EU) 2015/1011, a ust. § 11 odst. 2 a 3 zákona č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog,

k výkonu funkce odpovědné osoby dle ust. § 9 odst. 3 a 4 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

je zdravotně způsobilý/á.

není zdravotně způsobilý/á.

pozbyl/a dlouhodobě zdravotní způsobilost.

je zdravotně způsobilý/á s podmínkou:

Jméno, podpis a razítko vyšetřujícího lékaře

Datum

Poučení: Podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb. o specifických službách, ve znění pozdějších předpisů, lze podat návrh na přezkoumání tohoto lékařského posudku poskytovateli, který posudek vydal, a to do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání.