

Čestné vyhlásenie posudzovanej osoby vo vzťahu k jej zdravotnej spôsobilosti na výkon práce súvisiacej s prevádzkou plavidla

(podľa Výnosu Ministerstva dopravy, pôšt a telekomunikácií SR č. 4052/2010/SCLVD/z. 08639-M o minimálnych požiadavkách na zdravotnú spôsobilosť člena posádky plavidla a vodcu malého plavidla v znení Výnosu Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR č. 19029/2010/SCLVD/z. 50646-M, vydaného na základe ustanovenia § 31a ods. 7) zákona NR SR č. 338/2000 Z.z. o vnútrozemskej plavbe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

1. meno a priezvisko posudzovanej osoby.....
2. dátum narodenia posudzovanej osoby.....
3. adresa trvalého pobytu posudzovanej osoby.....
4.
 - a) žiadam o udelenie odbornej spôsobilosti:.....
 - b) som držiteľom odbornej spôsobilosti:.....
5. Vyhlasujem, že¹⁾
 - a) sa cítim zdravý/zdravá²⁾ a že nie som si vedomý/vedomá²⁾, že mám stav, poruchu alebo chorobu, ktoré by negatívne ovplyvňovali alebo vylučovali moju zdravotnú spôsobilosť
 - b) sa necítim zdravý/zdravá²⁾, mám tieto zdravotné problémy³⁾:
 - c) sa cítim zdravý/ zdravá²⁾, ale mám nižšie uvedený stav, poruchu alebo chorobu³⁾:
 - d) užívam pravidelne tieto lieky³⁾:
 - e) užívam/užíval²⁾ som pravidelne/nepriavidelne²⁾ tieto návykové látky³⁾:

Vyhlasujem, že uvedené údaje sú úplné a pravdivé.

6. Miesto a dátum spísania čestného vyhlásenia
7. Podpis posudzovanej osoby podávajúcej čestné vyhlásenie

Vysvetlivky:

1) Zakrúžkujte možnosť, ktorá sa Vás týka.

²⁾ Nehodiace sa prečiarknite.

³⁾ Pri nedostatku miesta uveďte „viď príloha“ a pokračujte na zvláštnom liste.

Lekársky posudok

(podľa Výnosu Ministerstva dopravy, pôšt a telekomunikácií SR č. 4052/2010/SCLVD/z. 08639-M o minimálnych požiadavkách na zdravotnú spôsobilosť člena posádky plavidla a vodcu malého plavidla v znení Výnosu Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR č. 19029/2010/SCLVD/z. 50646-M, vydaného na základe ustanovenia § 31a ods. 7) zákona NR SR č. 338/2000 Z.z. o vnútrozemskej plavbe v znení neskorších predpisov pre účely použitia ako prílohy k žiadosti podľa § 2 ods. 2 písm. a) vyhlášky MDPT SR č. 12/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Adresa:

IČO:

Evidenčné číslo posudku:

Lekársky posudok

Meno a priezvisko posudzovanej osoby:

Dátum a miesto narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Podľa výsledku lekárskej prehliadky posudzovaná osoba je

1. zdravotne spôsobilá vykonávať navrhnutú alebo doterajšiu prácu*
2. zdravotne nespôsobilá vykonávať navrhnutú alebo doterajšiu prácu*
3. zdravotne spôsobilá vykonávať prácu navrhnutú alebo doterajšiu prácu len za týchto podmienok*:

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

*) Nehodiace sa prečiarknite.

V..... dňa

odtlačok pečiatky a podpis lekára