Lékařské potvrzení

Jméno: ……………………………………………..

Příjmení: ……………………………………………..

Rodné číslo: ……………………………………………..

Místo narození: ……………………………………………..

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti svařovat dle zákona o ochraně veřejného zdraví
č. 268/2000Sb., ČSN 050601:

Potvrzuji, že jmenovaný uchazeč o kurz svařování JE\* / NENÍ\* způsobilý k svařování elektrickým obloukem, svařování plamenem, řezání kyslíkem a svařování v ochranné atmosféře:

* ZK 135 W01, obloukové svařování tavící s elektrodou v aktivním plynu (MAG)\*
* ZK 311 W01, svařování kyslíko-acetonovým plamenem\*

Poznámka lékaře:

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

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

………………………………………….. ……………………………………………..
Datum vystavení potvrzení Razítko a podpis lékaře

\*NEHODÍCÍ SE ŠKRTNĚTE