

Potvrzení o zdravotní způsobilosti ke svařování

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

MÍSTO NAROZENÍ:

BYDLIŠTĚ:

(Vyplní účastník kurzu)

POSUDEK LÉKAŘE:

Jmenovaný **JE / NENÍ** schopen pracovat jako svářeč elektrickým obloukem nebo plamenem.

(Odpovídající zakroužkujte)

POZNÁMKY LÉKAŘE:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

.....

Razítko a podpis lékaře