

Závazný vzor potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče ve zdravotnickém zařízení

POTVRZENÍ O OŠETŘENÍ/VYŠETŘENÍ UCHAZEČE O ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ
Potvrzení pro Úřad práce České republiky o ošetření/vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení
Toto potvrzení doloží uchazeč o zaměstnání Úřadu práce České republiky.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾	
Krajská pobočka Úřadu práce České republiky Adresa pracoviště:		
Datum a doba ošetření/vyšetření:		
od _____ hod., do _____ hod.		
Vydáno dne:		
Otisk razítka poskytovatele zdravotních služeb, který potvrzení vydal, jmenovka a podpis lékaře		

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

Poučení:

Lékař vydá dvě vyhotovení potvrzení o ošetření/vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení. Uchazeč o zaměstnání je povinen jedno vyhotovení potvrzení doložit Úřadu práce České republiky nejpozději do 8 kalendářních dnů ode dne vydání tohoto potvrzení; druhé vyhotovení potvrzení si ponechává lékař.

Vnitřní záznamy krajské pobočky Úřadu práce České republiky: