

*) Čo sa nehodí, prečiarknite

_____ V _____ dňa
Útvar

/vzor – na stiahnutie/

POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

_____ Hodnosť, titul, meno, priezvisko

Deň, mesiac, rok, miesto narodenia

_____ Adresa bydliska

Menovaný je – nie je* zdravotne spôsobilý pre vykonanie revízneho technika na PDP a MKS

_____ Pečiatka a podpis lekára