|  |  |
| --- | --- |
|  | Vyšší odborná škola zdravotnická Bílá vločka s.r.o.  Lannova tř. 1595/29a, 370 01 České Budějovice  tel: 602 003 950, e-mail: [skola@bilavlocka.cz,](mailto:skola@bilavlocka.cz)  č.ú.: 247420189/0300, IČO:25157795 |

**Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení a titul žadatele: | |
| Adresa trvalého pobytu: | |
| Datum narození: | Průkaz totožnosti1: |

Prohlašuji, že:

|  |  |
| --- | --- |
| a) se cítím zdráv, a že si nejsem vědom, že mám stav, vadu nebo nemoc, které jsou pro výkon zdravotnického povolání. 2 | |
| b) se necítím zdráv, mám následující zdravotní obtíže2: | |
| c) se cítím zdráv, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc2: | |
| d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky2: | |
| e) užívám – užíval jsem pravidelně2 – nepravidelně tyto návykové látky: | |
| Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčí. | |
| Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě. | |
| V | dne |
|  | Podpis posuzované osoby |

1Například občanský průkaz, u cizinců cestovní doklad, u uprchlíků doklad totožnosti.

2 Nehodící se škrtněte