

(Vzor žiadosti, ktorú podáva fyzická osoba)

Meno, priezvisko, titul

Adresa trvalého pobytu:

číslo telefónu:

e-mail:

**Úrad verejného zdravotníctva SR
Trnavská cesta 52
P.O.BOX 45
826 45 Bratislava**

Vec

Žiadosť o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby dodávateľským spôsobom pre zamestnancov vykonávajúcich práce zaradené do kategórie 1, 2, 3 alebo 4

Podľa § 30b ods. 1 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov žiadam o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby dodávateľským spôsobom v rozsahu podľa § 30a ods. 1 a § 30d zákona č. 355/2007 Z. z. a § 1 až 5 vyhlášky MZ SR č. 208/2014 Z. z. pre zamestnancov vykonávajúcich práce zaradené do kategórie 1, 2, 3 alebo 4.

K žiadosti pripájam:

- vyhlásenie o zabezpečení tímu pracovnej zdravotnej služby:**
 - lekár** - vedúci tímu pracovnej zdravotnej služby: meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, doklad o špecializácii
 - verejný zdravotník** - meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní
- vyhlásenie o zabezpečení ambulancie** na výkon lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci
- pracovný postup na vykonávanie jednotlivých odborných činností**
- vyhlásenie o nezávislosti pri vykonávaní odborných činností vo vzťahu k zamestnávateľom**

V dňa

podpis