

**Závazný vzor potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče ve zdravotnickém zařízení**

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

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

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

<p><b>Poučení:</b> 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.</p>
--

**Vnitřní záznamy krajské pobočky Úřadu práce České republiky:**