**Lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti ke svařování**

**jméno a příjmení:** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

datum narození: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

místo narození: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

adresa trvalého pobytu: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

PSČ: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

Výše jmenovaný je **schopen** / **neschopen** pracovat jako svářeč plastů**1)**

*(zatrhněte metodu svařování, kterou uvádíte v přihlášce na kurz nebo přezkoušení):*

[ ]  **Z-U/2.1.1.12**: kurz pro svařování trubek z materiálu PP o průměru dn do 40 mm, horkým tělesem

polyfúzí,

[ ]  **Z-U/2.1.2.12**: kurz pro svařování trubek z materiálu PP o průměru dn 50–110 mm, horkým tělesem

polyfúzí,

[ ]  **Z-U/3.1.2.11**: kurz pro svařování trubek z materiálu PE, PB o průměru dn od 50 do 110 mm, horkým tělesem na tupo,

[ ]  **Z-U/3.1.3.11**:kurz pro svařování trubek z materiálu PE, PB o průměru dn od 20 do 315 mm, horkým tělesem na tupo,

[ ]  **Z-U/3.1.3.21**:kurz pro svařování trubek z materiálu PE, PB o průměru dn od 20 do 315 mm, elektrosvařováním objímkou,

[ ]  **Z-U/3.1.3.22**: kurz pro svařování trubek z materiálu PE, PB o průměru dn od 20 do 315 mm, elektrosvařováním sedlem.

*Toto lékařské potvrzení může být nahrazeno lékařským posudkem.*

Poznámka lékaře:

V ………………………………….……………., dne………………….…….

….................................................................

 Razítko a podpis posuzujícího lékaře