Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti Evidenčné číslo posudku:

Adresa:

IČO:

 **POSUDOK**

Priezvisko a meno:

Rodné číslo**:**

Adresa trvalého pobytu:

Je spôsobilý \*) je nespôsobilý\*)

**na poskytovanie služieb v oblasti súkromnej bezpečnosti súkromnými bezpečnostnými službami**

Poučenie:

Ak sa žiadateľ domnieva, že rozhodnutie lekára v súvislosti so zdravotnou spôsobilosťou na poskytnutie služieb v oblasti súkromnej bezpečnosti súkromnými bezpečnostnými službami je nesprávne, má právo žiadať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu podľa § 17 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z.: žiadosť sa podáva písomne:

 Osoba môže vykonávať strážnu službu aj v nočných hodinách.

V ...................................... ............................................

 Odtlačok pečiatky

Dňa: ................. a podpis lekára

\*) nehodiace prečiarknite