



## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI KE STUDIU

JMÉNO POSUZOVANÉ OSOBY

DATUM NAROZENÍ

BYDLIŠTĚ

Posuzovaná osoba je ke studiu na Lékařské fakultě v Plzni Univerzity Karlovy

zdravotně způsobilá  
zdravotně nezpůsobilá  
zdravotně způsobilá s podmínkou

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

DATUM

Prohlašuji, že jsem uvedl/a všechny informace o svém zdravotním stavu, o zdravotních omezeních a o užívané medikaci.

V/VE

DNE

PODPIS POSUZOVANÉ OSOBY

