

Priloga 2

Naziv in sedež izvajalca zdravstvene dejavnosti: _____

Št. zdravniškega spričevala: _____

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO

za oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih pogojev za pridobitev in ohranitev veljavnosti dovoljenja za strojevodjo

- po opravljenem rednem pregledu
 po opravljenem izrednem pregledu

Priimek in ime: _____

Datum rojstva

D	D	M	M	L	L	L	L	L	L

, kraj rojstva _____ki bo opravljal(a) delo strojevodje je bil(a) pregledan(a) dne

D	D	M	M	L	L	L	L	L	L

1. Izpolnjuje posebne zdravstvene pogoje za dovoljenje za strojevodjo: _____

2. Izpolnjuje posebne zdravstvene pogoje za dovoljenje za strojevodjo z naslednjimi omejitvami:

3. Začasno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih pogojev za dovoljenje za strojevodjo:

4. Trajno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih pogojev za dovoljenje za strojevodjo:

5. Predlagano drugo delo (opredeliti delo in morebitne omejitve):

6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih pogojev za dovoljenje za strojevodjo ne morem dati, ker:

- 6.1 ni izjave o varnosti z oceno tveganja (zdravstvene ogroženosti delovnega mesta),
 6.2 ni opravljen(a) vseh pregledov in preiskav,
 6.3 ni končano zdravljenje,
 6.4 ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu:

_____V _____, dne

D	D	M	M	L	L	L	L	L	L

žig

(podpis pooblaščenega zdravnika)