

**Potvrzení o zdravotní způsobilosti pro výkon činnosti:**  
(§ 18 odst. 4 zákona 179/2003 Sb.)

Profesní kvalifikace 26–014–H – Elektromontér/elektromontérka fotovoltaických systémů

Žadatel

Titul, jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Výše uvedená osoba je zdravotně způsobilá k výkonu činnosti

Elektromontér/elektromontérka fotovoltaických systémů

Lékař

Jméno, příjmení a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

Otisk razítka zdravotnického zařízení: