

**Potvrzení o zdravotní způsobilosti pro výkon činnosti:**  
profesní kvalifikace 26-014-H Elektromontér fotovoltaických systémů

Titul, jméno a příjmení žadatele o potvrzení:

Datum narození a rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště:

Výše uvedená osoba je zdravotně způsobilá/nezpůsobilá\* k výkonu činnosti Elektromontér fotovoltaických systémů.

V ..... Dne.....

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře, otisk razítka zdravotnického zařízení

\* Nehodící se škrtněte