

Potvrzení o neschopnosti soustavně se připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz

(dle § 11 odst. 1 písm. b zákona č. 117/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

— **Osoba, pro kterou se potvrzení vydává:**

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Potvrzení vydává:

Potvrzujeme tímto, že výše uvedená osoba se nemůže soustavně připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz.

— **Platnost potvrzení**

Od:

do:

Dne:

.....
podpis lékaře