

(Vzor ohlásenia, ktoré podáva právnická osoba so živnosťou dohľad nad pracovnými podmienkami)

Obchodné meno, právna forma, sídlo, IČO:

číslo telefónu:

e-mail:

Úrad verejného zdravotníctva SR
Trnavská cesta 52
P. O. BOX 45
826 45 Bratislava

Vec

Ohlásenie vykonávania činnosti pracovnej zdravotnej služby samostatne dodávateľským spôsobom pre zamestnancov vykonávajúcich prácu zaradenú do kategórie 1 alebo 2

Podľa § 30aa ods. 2 písm. d) a § 30b ods. 13 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ohlasujem vykonávanie činnosti pracovnej zdravotnej služby samostatne dodávateľským spôsobom prostredníctvom verejného zdravotníka v rozsahu podľa § 30ab zákona č. 355/2007 Z. z. pre zamestnancov vykonávajúcich prácu zaradenú do kategórie 1 alebo 2.

Dátum začatia vykonávania činnosti pracovnej zdravotnej služby:

K ohláseniu pripájam:

- **Zodpovedný zástupca na vykonávanie živnosti dohľad nad pracovnými podmienkami (verejný zdravotník):** *meno, priezvisko, titul*
- **doklad o praxi verejného zdravotníka na pracovisku orgánu verejného zdravotníctva v trvaní najmenej dvoch rokov***
- **doklad o praxi verejného zdravotníka na pracovisku pracovnej zdravotnej služby v trvaní najmenej dvoch rokov***

V dňa

pečiatka, podpis

*) *nehodiace sa škrtnite*