

(Vzor žiadosti, ktorú podáva fyzická osoba)

**Meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu:**

číslo telefónu:

e-mail:

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

Vec

**Žiadosť o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby dodávateľským spôsobom pre zamestnancov vykonávajúcich práce zaradené do kategórie 1, 2, 3 alebo 4**

Podľa § 30b ods. 1 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov žiadam o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby dodávateľským spôsobom v rozsahu podľa § 30a zákona č. 355/2007 Z. z. a § 1 až 5 vyhlášky MZ SR č. 208/2014 Z. z. pre zamestnancov vykonávajúcich práce zaradené do kategórie 1, 2, 3 alebo 4.

K žiadosti pripájam:

- 1. vyhlásenie o zabezpečení minimálneho tímu pracovnej zdravotnej služby:**
  - **lekár** - vedúci tímu pracovnej zdravotnej služby: meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, doklad o špecializácii
  - **verejný zdravotník** - meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní\*)
  - **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore verejné zdravotníctvo** - meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, doklad o špecializácii\*)
- 2. vyhlásenie o zabezpečení ambulancie** na výkon lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci
- 3. pracovný postup na vykonávanie jednotlivých odborných činností**
- 4. vyhlásenie o nezávislosti pri vykonávaní odborných činností vo vzťahu k zamestnávateľom**
- 5. doklad o zaplatení správneho poplatku vo výške 500 eur**

V ..... dňa .....

podpis

---

\*) *nehodiace sa škrtnite*