

(Vzor žiadosti, ktorú podáva právnická osoba)

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

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. **zoznam minimálneho tímu pracovnej zdravotnej služby:**
 - **lekár** - vedúci tímu pracovnej zdravotnej služby: meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, doklad o špecializácii, pracovná zmluva (alebo dohoda o vykonaní práce)
 - **verejný zdravotník** - meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, pracovná zmluva (alebo dohoda o vykonaní práce)*)
 - **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore verejné zdravotníctvo** - meno, priezvisko, titul, doklad o vzdelaní, doklad o špecializácii, pracovná zmluva (alebo dohoda o vykonaní práce)*)
2. **povolenie samosprávneho kraja na prevádzkovanie ambulancie** na výkon lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci*)
zmluva na prenájom ambulancie s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie*)
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

pečiatka, podpis

*) *nehodiace sa škrtnite*