**UNIVERZITA PARDUBICE**

**Fakulta zdravotnických studií**

Poskytovatel zdravotnických služeb, adresa, kontakt:

**Potvrzení o zdravotní způsobilosti ke studiu a k výkonu povolání zdravotnického pracovníka**

Příjmení a jméno: …………………………………………………………………………….

Datum narození: ……………………………………………………………………………..

Bydliště: ……………………………………………………………………………………….

Potvrzujeme, že výše jmenovaný/á ☐ JE ☐ NENÍ zdravotně způsobilý/á ke studiu a k výkonu povolání zdravotnického pracovníka.

Datum: ……………………………..

Razítko a podpis poskytovatele zdravotních služeb