Doporučení na pracovní rehabilitaci v průběhu dočasné pracovní neschopnosti

krajské pobočce Úřadu práce ČR

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti:

práce neschopen/a od: podpůrčí doba končí dne:

Zaměstnavatel, jeho adresa:

Pracovní pozice:

Doporučení

Na základě vyhodnocení průběhu dočasné pracovní neschopnosti a mého vyšetření dne ……., v souladu s ust. § 69 odst. 5 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, **doporučuji zařazení shora jmenované/ho dočasně práce neschopné/ho na pracovní rehabilitaci.** Jmenovaný/á se zařazením na pracovní rehabilitaci vyslovil/a předběžný souhlas.

Pracovní omezení vyplývající ze zdravotního stavu (např. práce v nočních směnách, ve výškách, v prašném prostředí, zvedání těžkých břemen apod.*):

Dne

Poskytovatel zdravotních služeb:

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

*Pozn.: jedná se o obecnou informaci pro Úřad práce