

POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI (PN) / ZDRAVOTNOM OBMEDZENÍ ŠPORTOVEJ ČINNOSTI

Potvrdzujem, že nižšie uvedený športovec:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Zdravotná poisťovňa:

z dôvodu:

☐ dlhodobého ochorenia

☐ úrazu

☐ pooperačného stavu

☐ iné :

nie je zdravotne spôsobilý vykonávať športovú činnosť v hokejovom klube
počas obdobia:

od:

do:

V tomto období sa odporúča úplný odpočinok / obmedzenie fyzickej aktivity.

.....
dátum vystavenia potvrdenia

.....
meno a priezvisko lekára

.....
pečiatka a podpis lekára