Jméno: ………………………………………………………………………..

Příjmení: ………………………………………………………………………..

Rodné číslo: ………………………………………………………………………..

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

**Je zdravotně způsobilý pracovat jako: „Obsluha CNC strojů, zejména v prostředí řezných olejů“.**

Datum: ………………………

 Razítko a podpis lékaře

**Toto potvrzení je podmínkou k účasti v kurzu, účastník jej hradí v plné výši sám.**