(zdravstvena ustanova ili ordinacija medicine rada)

Broj: _____

Datum: _____

OIB

UVJERENJE

o zdravstvenoj sposobnosti maloljetnika

Ime i prezime, ime oca-majke: _____,

rođen-a: _____, školska sprema: _____,

za poslove _____,

zdravstveno je[1] _____

Zdravstvena sposobnost se nije mogla utvrditi zbog[2] _____

_____

Provjeru zdravstvene sposobnosti potrebno je obaviti najkasnije do

_____

M. P.

Faksimil i potpis
specijalista medicine rada

[1] upisuje se ocjena zdravstvene sposobnosti: sposoban, privremeno nesposoban, nesposoban

[2] upisuju se razlozi zbog kojih se nije mogla utvrditi zdravstvena sposobnost maloljetnika