



# ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ

Reserved for  
Medical Service – CERN

Na základě provedení lékařského vyšetření potvrzujeme, že:

Příjmení .....  
(velkým tiskacím písmem)

Jméno .....

Datum narození .....  
(den) (měsíc) (rok)

ID CERN .....

je zdravotně způsobilý(á)

pro výkon práce, při níž je vystaven(a) zvýšené radiaci

**není zdravotně způsobilý(á)**

Poznámky v případě abnormálního výsledku lékařského vyšetření nebo při výsledku vyšetření, vyžadujícího mimořádnou opatrnost při práci:

Datum vyšetření:

Podpis a razítko lékaře:

## Poznámka pro vyšetřujícího lékaře

1. Toto vyšetření potvrzuje, že výše uvedený(á) je zdravotně způsobilý(á) ke vstupu do prostorů se zvýšenou radiací. V případě, že výsledky jsou uspokojivé, výše uvedený(á) dostane kontrolní přístroj a bude mít stejnou ochranu, jako každý jiný pracovník CERNu.
2. Toto vyšetření – vykonané v posledních 6-ti měsících – musí obsahovat klinické a hematologické vyšetření (krevní obraz, erytrocyty, leukocyty, trombocyty).

Odevzdejte, prosím, toto potvrzení vyšetřovanému nebo zašlete na adresu:

Medical Service CERN  
CH-1211 GENEVA 23 or by FAX: +41-22-767 92 00

\* Toto vyšetření **není proplácené CERNem.**