

**POTVRZENÍ O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI UCHAZEČE O ZAMĚSTNÁNÍ PRO
POTŘEBY ÚŘADU PRÁCE (počátek - ukončení)**

Příjmení a jméno: r. č.:

Adresa:

Uchazeč o zaměstnání **je schopen - neschopen docházet** na úřad práce od:

Uchazeč o zaměstnání **je schopen - neschopen nastoupit do zaměstnání** od:

Datum:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře: