Naziv in sedež delodajalca UNIVERZA V LJUBLJANI, FAKULTETA ZA ŠPORT

Davčna številka 9 6 0 4 0 2 8 9

Gospodarska dejavnost ..... [1] (koda)

Napotnica

za predhodni preventivni zdravstveni pregled

..... (priimek, dekliški priimek in ime), kraj rojstva .....

EMŠO

Naslov ..... (kraj, ulica, številka, naziv pošte) (poštna številka)

Izobrazba ..... [2] (stopnja od 1-9), poklic ..... (standardna klasifikacija poklicev) [3] (koda)

Na predhodni preventivni zdravstveni pregled ga-jo pošiljamo: (ustrezno obkroži)

1. pred vpisom na univerzitetni študijski program UL FŠ
2. po prenehanju opravljanja določenega dela na določenem delovnem mestu za več kot 12 mesecev.

Imenovani(a) se bo zaposlil(a) na delovnem mestu student/ka UL FŠ [4] (koda)

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno delovno mesto je bila opravljena dne: D D M M L L

Pomembni podatki iz ocene tveganja so:

Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dominantna dela in naloge, tedenski delovni čas - v urah, delo v izmenah):

- prisotnost na predavanjih, seminarjih, vajah in terenskih vajah (dejavnostih v naravi)
- izvajanje/prisotnost pri opravljanju prakse v športnih društvih, zvezah, javnih zavodih za šport, osebah registriranih za opravljanje dejavnosti v športu, zdravstvenih zavodih, centrih za krepitev zdravja
- uporaba dokumentacije in računalnika ter drugih informacijskih virov
- uporaba tehnologij

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave itd.):

/

Predmeti dela (surovine, polizdelki, izdelki, informacije itd.):

/

Izpostavljenost tveganjem (navesti kritične dejavnike tveganja, zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu):

Izpostavljenost tveganjem za športne poškodbe

Po zadnji oceni tveganja so bili izvedeni naslednji ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela:

/

Osebna varovalna oprema:

Ustrezna športna oprema

Posebne zdravstvene zahteve, ki jih mora izpolnjevati delavec:

Obseg preventivnega pregleda je enak preventivnemu pregledu športnika

(obremenitveno testiranje izključno ob indikaciji)

Delovno mesto je neustrezno za:

/

Pripombe delodajalca: .....

..... (kraj), dne D D M M L L žig ..... (podpis odgovorne osebe delodajalca)

OPOMBA: Delodajalec pošlje delavca na predhodni preventivni zdravstveni pregled z napotnico, ki jo izpolni na predpisanem obrazcu v dveh izvodih, od katerih dobi vrnjen en izvod delodajalec z izpolnjeno oceno delovne zmožnosti, en izvod pa zadrži pooblaščeni zdravnik.

POJASNILA:
1 NACE klasifikacija (Standardna klasifikacija dejavnosti, Ur. l. RS, št. 2/02)
2 Stopnja izobrazbe od 1 – 9 (Družbeni dogovor o temeljih za klasifikacijo poklicev in strokovne izobrazbe, Ur. l. SFRJ, št. 29/80)
3 Standardna klasifikacija poklicev (Ur. l. RS, št. 28/97)
4 Koda, ki jo za delovno mesto uporablja delodajalec

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev .....

Št. zdravniškega spričevala .....

Zdravniško spričevalo

z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev
po opravljenem predhodnem preventivnem zdravstvenem pregledu

....., rojen(a) |_|_|_|_|_|_|_|,
(priimek, dekliški priimek in ime) D D M M L L

ki bo opravljal(a) delo ..... |_|_|_|_| je bil(a) na pregledu dne |_|_|_|_|_|_|_|.
(naziv delovnega mesta) (koda) D D M M L L

1. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto: .....

2. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto z naslednjimi omejitvami: .....

.....

3. Začasno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto:

.....

4. Trajno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto: .....

.....

5. Predlagano drugo delo (opredeliti delo in eventualne omejitve): .....

.....

6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto ne moremo podati, ker:
6.1. ni izjave o varnosti z oceno tveganja (zdravstvene ogroženosti delovnega mesta),
6.2. ni opravil(a) vseh pregledov in preiskav,
6.3. ni končano zdravljenje,
6.4. ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu: .....

.....

.....

....., dne |_|_|_|_|_|_|_| žig .....
(kraj) D D M M L L (žig in podpis pooblaščenega zdravnika)