

Záver periodickej preventívnej lekárskej prehliadky

(vyplní príslušník)

Meno, priezvisko, titul príslušníka:.....

Dátum narodenia:..... rodné číslo:.....

Trvalý pobyt:.....

(vyplní lekár, * nehodiace sa prečiarknite)

Záver:

1. Zdravotný stav dobrý*
2. Zdravotný stav vyžaduje ďalšie odborné vyšetrenie (vyšetrenia)*
3. Iný záver:*

.....

.....

.....

.....

Záver periodickej preventívnej lekárskej prehliadky (**bez výsledkov laboratórnych a odborných vyšetrení**) zašlite na Národný bezpečnostný úrad, odbor personalistiky KÚ, P. O. Box 16, 85007, Bratislava.

V dňa.....

(pečiatka a podpis lekára)