Имя, фамилия, степень

Образование (среднее, среднее специальное, высшее)

Учебное заведение……………………………………………………….год окончания…….......

**Место работы в хронологическом порядке от окончания учебы,**

 **у мужчин – включая службу в армии, у женщин – включая декретные отпуска**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Период (в годах, от – до) | Работодатель | Должность |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Наличие заболеваний у близких родственников:** ишемическая болезнь сердца, инфаркт миоарда, стенокардия, ишемия нижних конечностей, инсульт, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, онкологические заболевания, аллергии, туберкулез

**Мать:** год рождения, заболевания

**Отец**: год рождения, заболевания

**Братья, сестры**: год рождения, заболевания

**Дети**: год рождения, заболевания

**Заболевания, перенесенные в детстве** (например, частые ангины, воспаления среднего уха, скарлатина, воспаление легких, желтуха)

Год: заболевание:

**Операции** (название, год):

**Травмы** (переломы и т.д.)

**Лекарственные средства**:

**Аллергии:**

Подтверждаю, что я сообщил врачу Клиники профессиональных заболеваний Центральной факультетской больницы в Праге все сведения относительно состояния своего здоровья в соответствии с законом 372/2011 Sb. § 41 абз. 1 d).

Дата: Подпись: