Žádost o potvrzení absence lékařem*

§ 38 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákonný zástupce žáka

Jméno a příjmení:_____

Adresa: _____

Žádám ošetřujícího lékaře _____

svého syna/své dcery _____

ze třídy _____ o potvrzení nemoci/ošetření _____

na dobu od _____ do _____,

a to z důvodu žádosti ZŠ Protivín.

Dne _____ Podpis zákonného zástupce _____

Dne _____ Podpis ošetřujícího lékaře _____

(razítko)

ZŠ Protivín (zastoupená tř. učitelem) žádá prostřednictvím zákonného zástupce ošetřujícího lékaře o stručnou informaci o zdravotním stavu žáka v rozsahu nezbytném pro účely omlouvání absence (zda žák má zdravotní komplikace či zda je nemocný, zda tato komplikace vylučuje jeho účast na vyučování a jak dlouho jeho indispozice trvá, nebo pravděpodobně bude trvat).

Žádost dle nařízení MŠMT ze dne 05. 02. 2024.

Vyjádření ředitelství ZŠ Protivín ke zprávě ošetřujícího lékaře: _____

_____

_____

ředitelka

**„Hrazenou službou je i posuzování dočasné pracovní neschopnosti a dočasné neschopnosti ke studiu ošetřujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 191 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.“*