**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

Na výkon činnosti delegáta zväzu

(v zmysle §13, ods. 1, zákona č. 1/2014 Z.z.)

Titul: ............... Meno: ........................................... Priezvisko: .............................................................

Dátum narodenia: ........................................................

Adresa trvalého pobytu alebo obdobného pobytu: ...............................................................................

...................................................................................................................................................................

 V zmysle §13, ods. 1, zákona č. 1/2014 Z.z. o organizovaní verejných športových podujatí a o zmene a doplnení niektorých zákonov zdravotná spôsobilosť sa preukazuje lekárskym posudkom o zdravotnej spôsobilosti osoby na výkon činnosti delegáta zväzu.

Zmluvný lekár potvrdzuje zdravotnú spôsobilosť osoby:

**Áno - Nie** odporúčam vykonávať činnosti delegáta zväzu

V ..................................... dňa ......................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pečiatka a podpis zmluvného lekára