**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

Potvrdzujem, že ......................................................................, dátum narodenia...........................……….

 meno a priezvisko

bydlisko...................................................................................................................................................…..

je zdravotne spôsobilý študovať na FCHPT STU v Bratislave a počas štúdia narábať s chemickými alebo biologickými látkami.

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

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

 pečiatka a podpis lekára