

Potvrzení o překážce v práci**Zaměstnanec:****UČO:****Pracoviště:**

Návštěva lékaře nebo doprovod k lékaři	
Datum:	
Od:	
Do:	
razítko a podpis lékaře	

Odchod z pracoviště:

Podpis zaměstnance:

Příchod na pracoviště:

Podpis vedoucího pracoviště: