

(Овлашћена здравствена установа)

Број: _____

Датум (дан/месец/година): ____/____/____

Врста здравственог прегледа: претходни редовни надзорни ванредни надзорни _____

стицање обнављање овлашћења о оспособљености

стицање обнављање овлашћења о посебној оспособљености

остали: _____

Након лекарског прегледа, обављеног у складу са Правилником о утврђивању здравствене способности поморца издаје се

УВЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ПОМОРЦА

Име, презиме, име оца/мајке _____

пол мушки женски Држављанство _____

Датум рођења (дан/месец/година) ____/____/____ Место и држава рођења _____

Адреса становања _____

Назив и седиште послодавца _____

Поморско звање _____ Радно место _____

Идентитет лица утврђен је на основу: личне карте, поморске књижице, дозволе за укрцање, пасоша (прецртај једну од наведених исправа) бр. _____ издате у _____

На основу личне изјаве прегледаног, клиничког прегледа, психолошке обраде и резултата функционалних и лабораторијских претрага, прегледани је:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Способан за службу на броду трговачке морнарице: | <input type="checkbox"/> Неспособан за службу на броду трговачке морнарице: |
| <input type="checkbox"/> на палуби <input type="checkbox"/> у машини | <input type="checkbox"/> Привремено неспособан _____ |
| <input type="checkbox"/> ГМДСС - радиослужби <input type="checkbox"/> у осталим службама | <input type="checkbox"/> на палуби <input type="checkbox"/> у машини |
| | <input type="checkbox"/> у ГМДСС-радиослужби <input type="checkbox"/> у осталим службама |

Способан за _____ Неспособан за _____
Привремено неспособан за _____

- без ограничења
- с ограничењем
- оцена здравствене способности није издата због _____
- остале напомене:

Место прегледа _____ Датум (дан/месец/година) ____/____/____

Датум истека важења уверења (дан/месец/година) ____/____/____

Потпис и факсимил специјалисте медицине рада

Потврђујем да сам упознат са садржајем
свог картона здравственог прегледа

МП

(потпис прегледаног у присуству овлашћеног
специјалисте медицине рада)

(Authorized Medical Institution)

Number: _____

Date (day/month/year) ____/____/____

Type of medical examination prior regular supervisory special supervisory _____
 obtaining renewal of Certificate of Competency
 obtaining renewal of Certificate of Proficiency
 other _____

After a medical examination performed in accordance with the Rulebook on Medical Examinations of Seafarers following is issued:

CERTIFICATE
ON MEDICAL FITNESS OF A SEAFARER

First name, surname, name of father/mother _____

Sex male female Citizenship _____

Date of birth (day/month/year) ____/____/____ Place and country of birth _____

Address of residence _____

Employer's name, company and head office _____

Maritime service _____ Work post _____

Identity of the person was established on the basis of: ID card, seaman's book, boarding approval, passport (underline one of the above documents) No. _____ issued at _____

Based on the examinee's personal statement, clinical examination, psychological examination and the results of functional and laboratory tests, the examinee was found to be:

<input type="checkbox"/> Fit for service on a merchant navy ship:	<input type="checkbox"/> Unfit for service on a merchant navy ship:
<input type="checkbox"/> on the desk <input type="checkbox"/> in engine room	<input type="checkbox"/> Temporarily unfit _____
<input type="checkbox"/> GMDSS radio service <input type="checkbox"/> in other services	<input type="checkbox"/> on the desk <input type="checkbox"/> in engine room
	<input type="checkbox"/> in GMDSS radio service <input type="checkbox"/> in other services

Fit for _____

Unfit for _____

Temporarily unfit for _____

without limitation

with limitation _____

assessment of medical fitness was not given because _____

other remarks _____

Place of examination _____ Date (day/month/year) ____/____/____

Certificate's expiry date (day/month/year) ____/____/____

I hereby confirm that I am acquainted with
the contents of my Medical Examination Report

Occupational medicine specialist's signature and facsimile:
Stamp

(Signature of the examinee in the presence of the
authorized occupational medicine specialist)