**Potvrdenie o absolvovaní lekárskej prehliadky**

**pre výkon činnosti športového delegáta futbalu.**

**Potvrdzujem, že menovaný:**

priezvisko a meno: ......................................

*narodený dňa: ......................................*

*trvale bytom v: ......................................*

*absolvoval lekársku prehliadku v zdravotníckom zariadení: ............................................*

podľa kritérií uvedených v prílohe tohto potvrdenia.

***Záver lekárskej prehliadky***:

**Potvrdzujem, že menovaný je schopný výkonu funkciu športového delegáta\* futbalu.**

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

 podpis a osobná pečiatka lekára vydávajúceho potvrdenie

\*

Športový delegát vo futbale vykonáva svoje povinnosti v podmienkach športových zariadení – štadiónov, za každého počasia, počas celého roka a v každom ročnom období. Prostredie, v ktorom pracuje je psychicky náročné, stresujúce, sprevádzané hlukom, bez veľkej fyzickej námahy, ale so zmenami teplôt a rôznymi inými vplyvmi. K práci využíva svoje vedomosti, skúsenosti, odvahu a zmyslové vnímanie. Predovšetkým využíva svoj sluch, zrak, prípadne iné zmysly.

Delegát by nemal trpieť žiadnou obmedzujúcou zdravotnou komplikáciou, medzi ktoré sa spravidla radia zdravotné problémy so srdcom, dýchaním, chorobami ako cukrovka typu DM pri ktorej je mimoriadne závislý od inzulínu s následnými infekčnými a parazitárnymi chorobami, závažnými duševnými poruchami, ťažkými poruchami správania sa a výraznými obmedzeniami v pohybovom aparáte.