|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СТРУКОВНА ОРГАНИЗАЦИЈА СУДИЈАФУДБАЛСКОГ САВЕЗА РЕГИОНА ЗАПАДНЕ СРБИЈЕК р а г у ј е в а ц | Такмичарска сезона2024/2025 – јесењи део | Znak |

**ЛИЧНИ КАРТОН ДЕЛЕГАТА**

СА ЛИСТЕ ФУДБАЛСКОГ САВЕЗА РЕГИОНА ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Презиме /име оца/ и име: |  |
| Датум и место рођења: |  |
| Адреса становања (улица и број, поштански број и место): |  |
| Број личне карте: |  | Издата од МУП: |  |
| Јединствени матични број грађана /ЈМБГ/ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Број телефона | Мобилни: |  |
| У стану: |  |
| На радном месту: |  |
| Адреса Ваше електронске поште (е-маил): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Назив банке код које имате отворен текући рачун: |  |
| Број Вашег текућег рачуна: |  |
| Радни статус (заокружити): |  а) запослен б) незапослен в) пензионер  |
| Лига на којој се тренутно налазите: |  |
| Дужност делегата вршите у својству: |  а) инструктора б) спортског радника |

НАПОМЕНА: уколико у току сезоне дође до промене неких података из личног картона дужни сте да у најкраћем року о томе обавестите секретара ССОС ФСРЗС на мејл: kurcubic.nenad@gmail.com

 Потпис делегата:

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

**Л Е К А Р С К О У В Е Р Е Њ Е**

**З А Д Е Л Е Г А Т А**

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

(Обавезно уписати име и презиме делегата)

**НАПОМЕНА: Офталмолошки преглед може да врши искључиво спец.офталмолог.**

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

Датум, бр.протокола и штамбиљ здравствене установе

**ОФТАЛМОЛОШКИ НАЛАЗ**

ВОД (без корекције): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОС (без корекције): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВОД (са корекцијом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОС (са корекцијом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мотилитет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фундус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ишихара: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ АQ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

А) **Оштрина вида** – дозвољена је смањена оштрина вида на оба ока, која се може кориговати ношењем наочара или коришћењем контактних сочива до ВОУ=0,8.

Б) **Колорни вид** –дозвољени испад у колорном виду је од АQ=0,5 до АQ=3,0.

Д) Коришћење контактних сочива и наочара је дозвољено за обављање дужности делегата.

МИШЉЕЊЕ О СПОСОБНОСТИ НА ОСНОВУ ПРЕГЛЕДА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Факсимил и потпис офталмолога