

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

A vizsgálat eredménye alapján ügyfél

Szül. idő:

Építő- és anyagmozgató gép kezelője szakmában

ALKALMAS IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva

Alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat időpontja: év

Kelt.:

P. H.

.....

foglalkozás-egészségügyi
szakellátó hely orvosa

NYILATKOZAT

Alulírott

Dr.

.....

(név)(nyilvántartási szám)

ezúton

nyilatkozom,

hogy

a(z)

..... Foglalkozás – egészségügyi

Szakellátóhellyel szerződéses jogviszonyban állok, a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 15. számú mellékletét ezen jogviszony alapján állítom ki.

Kelt:,évhónap

.....

aláírás

P.H.