

Foglalkozás-egészségügyi szolgáltató megnevezése:

ELSŐFOKÚ MUNKAKÖRI ORVOSI ALKALMASSÁGI VÉLEMÉNY

A vizsgálat eredménye alapján

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

gépkezelői munkakörben

*ALKALMAS

*IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

* NEM ALKALMAS

(*megfelelő aláhúzendó)

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:.....

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva.

Kelt:

.....
véleményező orvos
P.H.