

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: …………………………….................................………...

**Munkaköri/szakmai\* orvosi alkalmassági vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján …………………………………………………………………………………………………… ügyfél

**………………………………………………………………………………………………………………** munkakörben/szakmában\*

ALKALMAS IDEIGLENESEN ALKALMAS NEM ALKALMAS\*\*

Nevezett munkaköri/szakmai\* alkalmazását érintő korlátozás:……………………………………………………………

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ……hét múlva.

………………………,20…..év……………….hó………napján

P.H.

……………………………………………..

foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa