

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése:

.....

### **Elsőfokú munkaköri orvosi alkalmassági vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján .....  
munkavállaló

Szül. év: ..... hó: ..... nap

**Földmunka-, rakodó- és szállítógép kezelő ; Targoncavezető ; Emelőgépkezelő**  
munkakörben \*

**ALKALMAS, IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS, NEM ALKALMAS\***

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt: .....

.....

PH.

véleményező orvos

\* A megfelelő szöveget alá kell húzni.