

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: _____

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

A vizsgálat eredménye alapján _____ ügyfél

Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap

_____ szakmában

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságot érintő korlátozás: _____

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

Kelt.: _____

P.H.

foglalkozás-egészségügyi
szakellátó hely orvosa