Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése:

***Első fokú munkaköri orvosi alkalmassági vélemény***

A vizsgálat eredménye alapján ............................................................................

Szül. év: ............. hó: ................................. nap: .......... targoncavezető, emelőgépkezelő

földmunkagép kezelő, útépítő- és karbantartó gép kezelő munkakörben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALKALMAS | IDEIGLENESEN  NEM ALKALMAS | NEM ALKALMAS |

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

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

Érvényességi ideje:

Kelt: ...............................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | .................................................... | |
|  | | véleményező orvos |

P. H.

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése:

***Első fokú munkaköri orvosi alkalmassági vélemény***

A vizsgálat eredménye alapján ............................................................................

Szül. év: ............. hó: ................................. nap: .......... targoncavezető, emelőgépkezelő

földmunkagép kezelő, útépítő- és karbantartó gép kezelő munkakörben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALKALMAS | IDEIGLENESEN  NEM ALKALMAS | NEM ALKALMAS |

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

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

Érvényességi ideje:

Kelt: ...............................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | .................................................... | |
|  | | véleményező orvos |

P. H.