

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése: .....

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

A vizsgálat eredménye alapján ..... munkavállaló,

Szül.: ..... év ..... hónap ..... nap

az 54/2021. (XI.5.) ITM rendelet szerinti GÉPKEZELŐI munkakörben

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS \*

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt:

P. H.

.....  
véleményező orvos

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése: .....

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

A vizsgálat eredménye alapján ..... munkavállaló,

Szül.: ..... év ..... hónap ..... nap

az 54/2021. (XI.5.) ITM rendelet szerinti GÉPKEZELŐI munkakörben

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS \*

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt:

P. H.

.....  
véleményező orvos