

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

### **Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél

Szül.hely, idő:..... TAJ szám:.....

..... szakmában

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt: .....

P. H.

.....

foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa