

.....
foglalkozásegészségügyi szolgálat

Elsőfokú munkaköri alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján munkavállaló
születési év: hó: nap:
..... munkakörben

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ideje:.....-ig

Kelt:, 20.....

P.H.

.....
vizsgáló orvos aláírása