

Ellátó hely megnevezése:.....

FOGLALKOZÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZAKORVOSI VÉLEMÉNY

A vizsgálat eredménye alapján munkavállaló

Szül. év:..... hónap: nap: ,munkakörben

ALKALMAS

NEM ALKALMAS*

Jelen igazolást tanfolyam elvégzése céljából adtam ki!

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:.....

.....

Kelt:.....

* A megfelelő szöveget alá kell húzni

.....
foglalkozás egészségügyi szakorvos