

# 15. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez

Foglalkozás-egészségügyi  
szolgálat megnevezése:

## Munkaköri/szakmai orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján

➡ Kérjük, írja ide a vizsgált személy nevét!

születési idő

 |  | 

➡ Kérjük, nevezze meg a munkakört, vagy szakmát!

ALKALMAS

IDEIGLENESEN  
ALKALMAS

NEM  
ALKALMAS

➡ Kérjük, jelölje meg a megfelelő opciót!

Nevezett munkaköri alkalmassá-  
gát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősít-  
és esetén a legközelebbi vizsgálat

P.H.

dátum

foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa

