

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

.....
.....

A vizsgálat eredménye alapján:

név: képzésben résztvevő

TAJ száma:.....

.....szakmára

JAVASOLT

IDEIGLENESEN NEM JAVASOLT

NEM JAVASOLT*

Nevezett alkalmasságát érintő korlátozás:.....

Ideiglenesen nem javasolt minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat: hét múlva

Kelt:

.....
foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa

* A megfelelő szöveget alá kell húzni.