

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

Munkáltató megnevezése:

Beutalás másodfokú munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

Név:

Szül. év: hó: nap:

Lakcím:

TAJ szám:

Munkakör:.....

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését az alábbi indok(ok) alapján:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kelt:

.....

Kérelmező aláírása