

A munkáltató megnevezése

**Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra**

A munkavállaló neve: ..... Született: .....

Lakcíme: .....

Munkaköre: ..... TAJ száma: .....

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat.

Budapest, 20..... év .....hó ..... napján

P.H.

.....  
munkáltató aláírása

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: .....

**Munkaköri/szakmai\* orvosi alkalmassági vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél  
..... munkakörben/szakmában\*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS\*\*

Nevezett munkaköri/szakmai\* alkalmazását érintő korlátozás:.....  
.....

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ..... hét múlva.

Budapest, 20..... év .....hó ..... napján

P.H.

.....  
foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa

\*\* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!  
A 33/1998. (IV. 24.) NM rendelet 14-15. sz melléklete.