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

**Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése/bélyegzője**: ......................................................................

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján .................................................................................. ügyfél az alábbi szakmában:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Képzés megnevezése** | **Száma** | **Igény jelölése** |
| Robbanásbiztos berendezés szerelője | 07994001 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALKALMAS | IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS | NEM ALKALMAS\* |

\* A megfelelő szöveget kérjük aláhúzni!

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt: ...................................................................

P.H.

foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa