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

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

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján

Családi és utónév: **…………………………………………………………………………………..**

Születési családi és utónév: **…………………………………………………………………………**

Születési hely: **………………………………………………………………………………………**

Születési idő: **……………………………………………………………………………………….**

Anyja születési családi és utóneve: **…………………………………………………………………**

TAJ szám: …………………………………………………………………………………………………

**Kályhás** szakmában/szakképesítés tekintetében

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

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:
…………………………………………………………………………………………………………...

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

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

P.H.

foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa

\* A megfelelő szöveget alá kell húzni