

ORVOSI VÉLEMÉNY

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

.....

A vizsgálat eredménye alapján ügyfél

.....(születési hely, idő) (anyja neve)

az **Aranykalászos gazda (OKJ 31 621 02)** munkakörben/**szakmában**

ALKALMAS

NEM ALKALMAS

Nevezett munkaköri/egészségügyi alkalmasságit érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva

Kelt:, 20.... év..... hó..... nap

.....

orvos aláírása

P. H.
Foglalkozás-egészségügyi
szakellátó hely orvosa