

## ORVOSI VÉLEMÉNY

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

.....

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél .....

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

az **Sajtkészítő (OKJ 31 541 07)** munkakörben/szakmában

**ALKALMAS**

**NEM ALKALMAS**

Nevezett munkaköri/egészségügyi alkalmasságot 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