

ORVOSI VÉLEMÉNY

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

.....

A vizsgálat eredménye alapján ügyfél

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

az **Méhész (OKJ 32 621 02)** 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