



Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

.....

A szakmai alkalmassági orvosi vizsgálat eredménye alapján:

név: képzésben résztvevő

TAJ száma:

IPARI ALPINISTA

szakmára (szakképesítésre)

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS*

Nevezett alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem javasolt minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat:..... hét múlva

Kelt:

.....

foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa

* a megfelelőt kérjük aláhúzással megjelölni

