

## Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

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

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél

Születési idő: ..... év ..... hónap ..... nap

### Építő- és anyagmozgató gép kezelője szakmában

**ALKALMAS**

**IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS**

**NEM ALKALMAS**

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás: .....

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

P. H.

Kelt: .....

.....  
foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa

---

## Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

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

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél

Születési idő: ..... év ..... hónap ..... nap

### Építő- és anyagmozgató gép kezelője szakmában

**ALKALMAS**

**IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS**

**NEM ALKALMAS**

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás: .....

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

P. H.

Kelt: .....

.....  
foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa