

Foglalkozás-egészségügyi szakorvos megnevezése, címe (bélyegzőlenyomattal):

ORVOSI ALKALMASSÁGI VÉLEMÉNY

Név:.....

Szül. év, hó, nap:.....

A vizsgálat eredménye alapján fentebb megnevezett ügyfél a 33/1998.(VI.24) NM rendelet alapján
gépkezelőnek

alkalmasév.....hó.....napig

nem alkalmas

Kelt: Budapest, 202.....

P.H.

.....

orvos aláírása