

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**

alkalmas .....év.....hó.....napig

nem alkalmas

ideiglenesen nem alkalmas

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat \_\_\_\_\_hét múlva.

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás: \_\_\_\_\_.

Kelt: Budapest, 202.....

P.H.

.....

orvos aláírása