***15. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez***

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

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján ....................................................................... ügyfél

**Emelőgép-ügyintéző** szakmában

ALKALMAS IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt: ...................................................................

P. H.

...................................................

foglalkozás-egészségügyi
 szakellátó hely orvosa