

HALLGATÓI NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL

<input type="checkbox"/> ÁOK	<input type="checkbox"/> FOK	<input type="checkbox"/> GYTK	<input type="checkbox"/> ETK	<input type="checkbox"/> EKK	<input type="checkbox"/> PAK
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

NÉV:	SZÜLETÉSI HELY:	SZÜLETÉSI IDŐ:
ANYJA NEVE:	LAKCÍM:	TELEFONSZÁM:
BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:		E-MAIL:

Fent nevezett, ezennel nyilatkozom, hogy mint egészségügyi dolgozónak amunkakörre vonatkozó alkalmasságomat a mellékelt igazolás * alapján-én már megállapították.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az egészségi alkalmasságomban az elmúlt egy évben változás nem következett be.

Kelt

aláírás

* A nyilatkozat a hivatkozott alkalmassági vizsgálat eredményével együtt érvényes, így azt a nyilatkozathoz csatolni kell!