

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörben dolgozók, tanulók* számára)

I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve:

Címe:

Születési helye, ideje:

TÁJ száma:

Munka/tevékenységi köre:

II. Munkaköri, szakmai, illetve egészségi alkalmasságot elbíráló orvos:

Neve:

Címe:

Telefonszáma:

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy:

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soronkívüli alkalmassági vizsgálatra jelentkezem, ha „ magamon vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

sárgaság

hasmenés

hányás

láz

torokgyulladás

bőrkiütés

egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés stb. is)

váladékozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét észleltem.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt:

a vizsgált személy aláírása

* Tanulók esetében a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül töltendő ki.