

SEMMEIWEIS EGYETEM

**Nyilatkozat**

Alulírott:

Név: .....

Szül. hely, idő: .....

TAJ-szám: .....

az alábbiak szerint nyilatkozom:

Vállalom – a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 14. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelően –, hogy amennyiben egészségi állapotomban változás következik be, azt kivizsgálatom, és HIV fertőzés, HCV vagy HBV vírushordozás esetén a szervezeti egységem munkáltatói jogkörrel felruházott vezetőjét, valamint a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatot haladéktalanul tájékoztatom, tekintettel arra, hogy a következő tevékenysége(ke)t végzem\*:

- testüregben történő sebészi beavatkozások, melyek során a testüregben egyidejűleg van jelen a kéz vagy ujjak, tű és éles eszközök,
- abdominalis, cardiothoracalis, orthopédiai műtétek,
- szüléslevezetés, császármetszés,
- illesztéssel járó véres traumatológiai műtétek, kiterjedt nagyfokú égési sérülések sebészi ellátása,
- orális, periorális szövetek, fogak kezelése, metszése, eltávolítása, melyek kapcsán vérzés léphet fel.

Tudomásul veszem, hogy a fentebb meghatározott fertőzésem, illetve vírushordozásom esetén a felsorolt tevékenységeket nem végezhetem.

Kelt: .....

.....  
nyilatkozattevő

\* A megfelelő(ke)t aláhúzással kell jelölni! (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 2. sz. melléklete alapján)

<sup>67</sup> Módosította a K./33/2017. (IX. 29.) számú kancellári határozat. Hatályba lépés napja: 2017. X. 03.