

## Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók számára)  
(2. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez)

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

Neve: .....

Címe: .....

Születési helye, ideje: .....

TAJ száma: .....

Munka/tevékenységi köre: .....

II. Munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

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

sárgaság,

hasmenés,

hányás,

láz,

torokgyulladás,

bőrkiütés,

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

válradékozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha  
időszakos távollétem alatt (pl.

szabadság) az I. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon 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: .....

.....  
vizsgált személy aláírása