Oktatási *7. sz. melléklet*

Munkáltató megnevezése: ....................................................

**Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra**

A munkavállaló neve: ............……………….............. Szül. .....…..... év .…... hó ......... nap

Lakcím: .............................................................................………………………...........….....

Munkakör: …………………………………………………………………………………….

TAJ száma: ....................…........................................................................................................

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat.

Kelt: ......…………….........., .................... év ................….............. hó .............. napján

P. H.

 ……………..........................................

 munkáltató aláírása