*5. sz. melléklet*

**Elsőfokú munkaköri/szakmai orvosi alkalmassági vélemény**

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése: .....................................................................

A vizsgálat eredménye alapján

.................................................................................................................. munkavállaló/hallgató

............................................................................................................. munkakörben/szakmában

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ALKALMAS |  IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS |  NEM ALKALMAS |

Nevezett munkaköri/szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat …..... hét múlva

Kelt: ..........................................................

P. H.

 …………………………

 véleményező orvos