

## Egészségügyi nyilatkozat

2. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók \* számára)

**I. \*** Munkavállaló, tanuló, álláskereső vagy 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 orvosnál 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 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 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