

### **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 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