**Szakmai alkalmasság**

**I G A Z O L Á S A**

*a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet – 15. számú melléklet alapján*

Foglalkozás-egészségügyi szolgáltató hely megnevezése: .....................................................

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján ...................................................................................... ügyfél

**Citológiai szakasszisztens** szakmában

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

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Dátum: ...................................................................

P. H.

...................................................

foglalkozás-egészségügyi szakorvos