Szakellátó hely megnevezése ……

SZAKMAI ORVOSI ALKAMASSÁGI VÉLEMÉNY

A vizsgálat eredménye alapján……munkavállaló

(…… születési év …… hó……nap ***) gépkezelő*** szakmában

ALKALMAS* **NEM ALKALMAS***

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás ……

Kelt. ……

……
Orvos aláírása

*** A megfelelő szöveget alá kell húzni** **P.H.**