

BEUTALÁS ELŐZETES SZAKMAI ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA

SZAKMA: GYÓGYSZERTÁRI SZAKASSZISZTENS

Pharmacy Technician Assistant

Pharmazeutisch-technischer Assistent

NÉV:	
SZÜLETÉS DÁTUMA:	
LAKCÍM:	
TAJ SZÁM:	

Kérem nevezett előzetes szakmai alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését az alábbi indok(ok) alapján: Szakképző intézménybe jelentkező hallgató/képzésre jelentkező beiskolázása.

Kelt:

.....
kérelmező (képzésre jelentkező) aláírása

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

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Munkaköri/szakmai alkalmassági vélemény

A vizsgált eredménye alapján.....hallgató/képzésre jelentkező Gyógyszertári szakasszisztens munkakörben/szakmában

* ALKALMAS NEM ALKALMAS IDEIGLESEN NEM ALKALMAS

Nevezett munkaköri/szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat hét múlva.

Kelt:

.....
véleményező orvos
PH.

* A megfelelő részt kérem aláhúzni.



Novum7 Szolgáltató Kft.

Székhely: 7400 Kaposvár, Rudnay Gyula u. 13.

Levelezési cím: 7400 Kaposvár, Ond vezér u. 1.

☎ 82 900 023 📱 20 458 5255 ✉ info@novum7.hu 🌐 novum7.hu

