

BEUTALÁS

ELŐZETES SZAKMAI ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA

SZAKMA: GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ FORGALMAZÓ

Medical Aid Distributor/Vertreiber von medizinischen Hilfsmitteln

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 vizsgálat az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges egészségi alkalmasság vizsgálatáról és minősítéséről szóló 40/2004. (IV.26.) ESzCsM rendeletben foglaltak szerint az egészségügyi tevékenységre való alkalmasságot kizáró korlátozások figyelembevételével történik.

A vizsgált eredménye alapján.....hallgató/képzésre jelentkező
Gyógyászati segédeszköz forgalmazó 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.