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

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: .....................................................

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján

.................................................................................. ügyfél

Szül. idő, hely: ………………………………………..

 **GÉPKEZELŐ** **szakmában**

ALKALMAS NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

…………………………………………………………………………………..

Kelt: ...................................................................

 P. H.

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

 foglalkozás-egészségügyi
 szakellátó hely orvosa