A foglalkozás-egészségügyi szolgáltató megnevezése,

 cégszerű bélyegzője

……………………………………………………...

**Beutalás képernyő előtti munkavégzéshez kapcsolódó szemészeti szakvizsgálatra**

(A foglalkozás-egészségügyi orvos tölti ki.)

A munkavállaló neve: Szül.: év hó nap

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

Tevékenység leírása, különös tekintettel az elvégzendő látási feladatokra (milyen távol helyezkedik el a monitor, a billentyűzet, kell-e nyomtatott szöveget is olvasni munka közben, kell-e egyidejűleg vagy gyors egymásutánban távolabb elhelyezkedő személyekkel kapcsolatot tartani stb.):

A szemészeti szakvizsgálatot indokoló látórendszeri panasz:

Napi munkaidejéből legalább 4 órán keresztül rendszeresen képernyős eszközt használt:

igen nem

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, időszakos, soron kívüli\*
Kelt: év hó napján

 P.H.

 ………………………………………………………..

 foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosának aláírása,

 hiteles bélyegzője

\* A megfelelő rész aláhúzandó!