A munkáltató megnevezése: ………………………………………………………….

**Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra**

A munkavállaló neve: ……………………………………..…………… Szül………… év ……… hó ……… nap ……… Lakcíme:…………..……………………………………………………………………….………………………………... Munkaköre: ………………………………………………………… TAJ száma: …………………………………………

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat

Kelt: …………………………………………

P.H.

………………………………………

munkáltató aláírása