A foglalkozás-egészségügyi szolgáltató megnevezése,

 cégszerű bélyegzője

……………………………………………………...

**Igazolás képernyő előtti munkavégzéshez kapcsolódó szemüveg szükségességéről**

 (A foglalkozás-egészségügyi orvos tölti ki.)

A munkavállaló neve: Szül.: év hó nap

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

A szemészeti szakvizsgálat eredménye szerint a képernyő előtti munkavégzéshez a munkavállalónak éleslátást biztosító szemüveg szükséges.

Kelt: év hó napján

 P.H.

 ………………………………………………………..

 foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosának aláírása,

 hiteles bélyegzője