

BEUTALÁS
ELŐZETES SZAKMAI ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA
SZAKMA: GYÓGYSZERTÁRI SZAKASSZISZTENS

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 vizsgált eredménye alapján.....hallgató/képzésre jelentkező
Gyógyszertári szakasszisztens 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.

„A tanulás nem felkészülés az életre, a tanulás maga az élet.”