**BEUTALÁS**

**ELŐZETES SZAKMAI ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATRA**

**SZAKMA: DROGERISTA + ÜZLETVEZETŐ**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 **Drogerista + Üzletvezető** munkakörben/szakmában

\* ALKALMAS NEM ALKALMAS IDEIGLENESEN 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.