

.....
A munkáltató megnevezése, cégszerű bélyegzője

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

(A munkáltató tölti ki)

A munkavállaló neve:..... Szül.:.....év.....hó.....nap

Lakcíme:.....

Munkaköre:..... TAJ száma:.....

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai

Kockázat		A munkaidő		Kockázat		A munkaidő	
jelzése	Megnevezése	egészé- ben	egy részében	jelzése	megnevezése	egészé- ben	egy részében
1.	Kézi anyagmozgatás			14.	Porok, megnevezve:		
1.1.	5 kp-20 kp						
1.2.	>20 kp-50 kp						
1.3.	>50 kp						
2.	Fokozott baleseti veszély (magasban végzett, villamos üzemi, feszültség alatti munka), egyéb:			15.	Vegyí anyagok, megnevezve:		
3.	Kényszertesthelyzet (görnyedés, guggolás)			16.	Járványügyi érdekből kiemelt munkakör		
4.	Ülés			17.	Fertőzésveszély		
5.	Állás			18.	Fokozott pszichés terhelés		
6.	Járás			19.	Képernyő előtt végzett munka		
7.	Terhelő munkahelyi klíma (meleg, hideg, nedves, változó)			20.	Éjszakai műszakban végzett munka		
8.	Zaj			21.	Pszichoszociális tényezők		
9.	Ionizáló sugárzás			22.	Egyéni védőeszköz általi terhelés		
10.	Nem-ionizáló sugárzás			23.	Egyéb:		
11.	Helyileg ható vibráció						
12.	Egésztest vibráció						
13.	Ergonómiai tényezők						

....., 20... évhó nap.

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

Munkáltató megnevezése:

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

A munkavállaló neve:

Született:..... év hónap

Lakcím:

Munkakör megnevezése:.. ..

TAJ száma: - -

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését.

A vizsgálat oka: időszakos vizsgálat.

Kelt:

P. H.

.....
Munkáltató aláírása