

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók* számára)
(2. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez)

I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve:

Címe:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Munka/tevékenységi köre:

II. Munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: SZTE SZAKK

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ „C”

Gyermek és Ifjúsági Szakorvosi Rendelőintézet

Iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat 2.

Címe: 6723 Szeged, József Attila sgt. 122-126.

Telefonszáma: 62/540-272, 62/549-620

Kód: 060097010

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soron kívüli alkalmassági vizsgálaton jelentkezem, ha magamon vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

sárgaság,
hasmenés,
hányás,
láz,
torokgyulladás,
bőrkiütés,
egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés stb. is)
válradékozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon észleltem.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt:.....

.....
vizsgált személy aláírása

*Tanulók esetében a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül töltendő ki.

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók* számára)
(2. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez)

I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve:
Címe:
Születési helye, ideje:
TAJ száma:
Munka/tevékenységi köre:

II. Munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: SZTE SZAKK
Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ „C”
Gyermek és Ifjúsági Szakorvosi Rendelőintézet
Iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat 2.
Címe: 6723 Szeged, József Attila sgt. 122-126.
Telefonszáma: 62/540-272, 62/549-620
Kód: 060097010

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soron kívüli alkalmassági vizsgálaton jelentkezem, ha magamon vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

sárgaság,
hasmenés,
hányás,
láz,
torokgyulladás,
bőrkiütés,
egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bõrgennyesedés, sérülés stb. is)
váladékozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon észleltem.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt:.....

.....
vizsgált személy aláírása

*Tanulók esetében a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül töltendő ki.