Egészségügyi nyilatkozat

(szakmai gyakorlatra érkezőktől – kitöltendő a szakmai gyakorlat megkezdése előtt 1 héten belül)

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

Neve: .....

Címe: .....

Születési helye, ideje: .....

TAJ száma:……Elérhetősége: (telefon) .....

Munka/tevékenységi köre (Iskola):.....

Képzés és gyakorlat megnevezése (óraszámmal): ……

……

II. Munkaköri, szakmai, illetve egészségi alkalmasságot elbíráló orvos

Véleménye: alkalmas – nem alkalmas

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: …… PH

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Hepatitis B elleni védőoltásban részesültem/nem részesültem*. (*a megfelelő aláhúzandó)
Ha igen, mikor? …….. (dátum)

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soron kívüli alkalmassági vizsgálatra 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)
   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 egészségügyben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt: .....

.....
a vizsgált személy aláírása