

1. Háziorvosi igazolás, amelyben orvos igazolja, hogy a vizsgált személy nem rendelkezik rejtett vagy fertőző betegséggel!
2. Alábbi kérvény kitöltése – jelentkező tölti ki.
3. Alábbi Üzemorvosi vélemény kitöltése - Foglalkozás-egészségügyi hely szakellátó orvosa tölti ki.

2. Kérvény

### Kérvény munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra\* (Jelentkező tölti ki!)

A jelentkező neve: ..... Született: ..... év ..... hó ..... nap

Lakcíme: .....

Munkaköre: **MEZŐGAZDÁSZ**

TAJ száma: .....

A vizsgálat oka: OKJ's bizonyítvány megszerzéséhez, munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat\*\*

#### A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai\*\*\*

Kockázat		A munkaidő		Kockázat		A munkaidő	
jelzése	megnevezése	egészében	egy részben	jelzése	megnevezése	egészében	egy részben
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.	Vegyai anyagok megnevezve: .....		
	.....				.....		
	.....				.....		
3.	Kényszerített helyzet (görnyedés, guggolás)			16.	Járványügyi érdekből kiemelt munka-kör		
4.	Ülés		X	17.	Fertőzésveszély		
5.	Állás		X	18.	Fokozott pszichés terhelés		
6.	Járás		X	19.	Képernyő előtt végzett munka		X
7.	Terhelő munkahelyi klíma (meleg, hideg, nedves, változó)		X	20.	Éjszakai műszakban végzett munka		
8.	Zaj			21.	Pszichoszociális tényezők		
9.	Ionizáló sugárzás			22.	Egyéni védőeszköz általi terhelés		X
10.	Nem-ionizáló sugárzás			23.	Egyéb: .....		
11.	Helyileg ható vibráció				.....		
12.	Egésztest-vibráció				.....		
13.	Ergonómiai tényezők				.....		

....., 20..... év ..... hó ..... napján

Jelentkező aláírása .....

3. Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése: .....

#### Munkaköri/szakmai\* orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján..... ügyfél

.....MEZŐGAZDASÁGI.....

munkakörben/szakmában\*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN ALKALMAS

NEM ALKALMAS\*\*

Nevezett munkaköri/szakmai\* alkalmazását érintő korlátozás:.....

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat ..... hét múlva.

....., 20..... év ..... hó ..... napján

P.H.

.....  
foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa

\*\* Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!