

.....
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) változtatás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat**

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai***

Kockázat		A munkaidő		Kockázat		A munkaidő	
Jel zése	megnevezése	egészében	egy részében	Jel zése	megnevezése	egészében	egy részében
1. 1.1 1.2 1.3	Kézi anyagmozgatás 5kp 20kp 20kp 50kp >50kp			14.	Porok megnevezése		
2.	Fokozott baleseti veszély (magasban végzett, villamos üzemi, feszültség alatti munka) egyéb:.....			15.	Vegyí anyagok megnevezése:		
3.	Kényszeresthelyzet (görnyedés, guggulás)			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 védőeszk. Általi terhelés		
10.	Nem ionizáló sugárzás			23.	Egyéb:		
11.	Helyileg ható vibráció						
12.	Egésztest vibráció						
13.	Ergonómiai tényezők						

Kelt:.....

*Időszakos alkalmassági vizsgálatához e nyomtatvány hátoldalon lévő beutaló használható.

**A megfelelő szöveget alá kell húzni

***A megnevezett munkakörben fennálló kockázatok megfelelő rovatába tintával kell X-et írni, ahol több tényező van felsorolva, a megfelelőt alá is kell húzni.

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

A munkáltató megnevezése:.....

Beutalás időszakos munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

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

Lakcíme:.....

Munkakör:.....TAJ száma:.....

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését:.....

Kelt.:.....

P.H.

.....
munkáltató aláírása