Egészségügyi nyilatkozat

(járványügyi érdekből kiemelt munkakörben dolgozók, tanulók részére)*

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 egészségi alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

P.H.

.....

Orvos aláírása

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 is)
Váladékozó szembetegség, fül-és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos 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: .....

.....

a vizsgált személy aláírása

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

A.3510-215/A5 Initium