

ORVOSI IGAZOLÁS (HÁZIORVOS)
Fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételhez

Tisztelt Házi orvos Asszony / Úr!

Alulírott nevű (születési név is), születési hely, idő (év, hó, nap):
....., anyja neve:
lakóhelye:..... alatti lakos kérem, hogy hivatásos
szolgálati jogviszony létesítése előtti fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való
részvételemről, fizikai terhelhetőségéről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közzétételéhez hozzájárulok.

Dátum:

.....
.....
jelentkező aláírása

Nevezett a rendelkezésemre álló egészségi adatok ismeretében – az 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet 12. § (1) bekezdésében meghatározott mozgásformákból álló (2000 méteres futás, fekvőtámasz, felülés, ingafutás, hajlított karú függés, fekvő nyomás, helyből távolugrás) – alkalmassági vizsgálaton részt vehet:

Igen* Nem*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van* Nincs*

Dátum:

.....
Házi orvos aláírása, orvosi bélyegző
lenyomata, egészségügyi szolgáltató neve

* Kívánt rész aláhúzendó