# Foglalkozás-egészségügyi szakellátó megnevezése:

# …………………………………………………

**Szakmai alkalmassági igazolás**

A vizsgálat eredménye alapján ……………...……………………….……..…… tanuló (munkavállaló) Szül.: ………………………………...………..………-n, 19…………...…………………………… -n,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| az általa választott | **5 1012 21 02** | számú | **kéz és lábápoló technikus** | szakmában |

alkalmas nem alkalmas

( a megfelelő szöveg aláhúzandó)

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás:

…………………………………………………

Kelt: ……………………………………..

PH.

……………………………………

véleményező orvos aláírása