

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók* számára)

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 személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: _____

Címe: _____

Telefonszáma: _____

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvostól soronkívül 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 stb. is)

váladozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

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

