

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

Tisztelt Házi orvos Asszony/Úr!

Alulírottnevű (születési név is),
születési hely, idő (év, hó, nap):
anyja születési neve:
lakóhelye:
alatti lakos kérem, hogy hivatásos szolgálati jogviszony létesítése előtti fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételemről, fizikai terhelhetőségemről 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 aláhúzendő