

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörben 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 egészségi alkalmasságot elbíráló orvos

Neve:

Címe:.....

Telefonszáma:.....

III. 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 stb. is)
váladékozó 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 észlelem.

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.