

**2./ EGÉSZSÉGFELMÉRŐ NYILATKOZAT** (Hallgató tölti ki)  
(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók számára)

Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve: .....

Címe: .....

Születési helye, ideje: .....

TAJ száma: .....

Munka/tevékenységi köre: .....

Munkaköri, szakmai, illetve egészségi alkalmasságot elbíráló orvos:

Neve: Dr. Vezér Tünde

Címe: Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Családorvosi Intézet és Rendelő Foglalkozás Egészségügyi

Rendelés 6721 Szeged, Kálvin tér 5., 1.sz. szakorvosi rendelő (bejáratától balra)

Telefonszáma: 62/546-691 és +36-30/108-1793

A vizsgált személy nyilatkozata:

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soron kívüli alkalmassági vizsgálatra jelentkezem, ha magamon, vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

- sárgaság
- hasmenés
- hányás
- láz
- torokgyulladás
- bőrkürités
- egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés ... stb.)
- 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 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: Szeged, .....

.....  
A vizsgált személy aláírás