

.....
A munkáltató megnevezése
cégszerű bélyegzője

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra¹ (A munkáltató tölti ki!)

A munkavállaló neve:..... Született: év hó nap

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

FEOR: Egység megnevezés:

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, soron kívüli, záró vizsgálat²

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai³

Kockázat		A munkaidő		Kockázat		A munkaidő	
jelzése	megnevezése	egészében	egy részben	jelzése	megnevezése	egészében	egy részben
1.	Kézi anyagmozgatás			14.	Porok, megnevezve:.....		
1.1	5 kp-20 kp					
1.2	>20 kp-50 kp					
1.3	>50 kp					
2.	Fokozott baleseti veszély (magasban végzett, villamos üzemi feszültség alatti munka), egyéb			15.	Vegyai anyagok megnevezve:		
		
		
3.	Kényszertesthelyzet (görnyedés, guggolás)			16.	Járványügyi érdekből kiemelt munka-kör		
4.	Ülés			17.	Fertőzésveszély		
5.	Állás			18.	Fokozott pszichés terhelés		
6.	Járás			19.	Képernyő előtt végzett munka		
7.	Terhelő munkahelyi klíma (meleg, hideg, nedves, változó)			20.	Éjszakai műszakban végzett munka		
8.	Zaj			21.	Pszichoszociális tényezők		
9.	Ionizáló sugárzás			22.	Egyéni védőeszköz általi terhelés		
10.	Nem-ionizáló sugárzás			23.	Egyéb:		
11.	Helyileg ható vibráció					
12.	Egésztest-vibráció					
13.	Ergonómiai tényezők					

Kelt....., 20..... év hó napján

P.H.

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

¹ Időszakos alkalmassági vizsgálatához e nyomtatvány hátoldalán lévő beutaló használható.

² Kérjük a megfelelő szövegrészt aláhúzni!

³ A megnevezett munkakörben fennálló kockázatok megfelelő rovatába tintával kell X-et írni, ahol több tényező van felsorolva, a megfelelőt kérjük aláhúzni!

Munkáltató megnevezése:

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra

A munkavállaló neve:..... Született: évhó nap

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

FEOR: Egység megnevezés:

Kérem nevezett munkaköri alkalmasságra vonatkozó vélemény közlését.

Kelt:..... 20..... évhó napján

P.H.

.....
munkáltató aláírása