

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. Kiss Andrea

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

6725 Szeged, Tisza L. krt.109.

Telefonszáma: 62/54-50-52

A vizsgált személy nyilatkozata:

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvostól soron kívüli alkalmassági vizsgálatra 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.)
- 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, 2022.

.....

A vizsgált személy aláírása