

.....
A munkáltató megnevezése,
cégszerű bélyegzője

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra (a munkáltató tölti ki)

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

Lakcíme:.....

Munkaköre:.....TAJ száma:.....

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, időszakos, munkakör (hely) változtatás előtti, soron kívüli, záróvizsgálat*

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai**

Kockázat		A munkaidő		Kockázat		A munkaidő	
Jel- zése	megnevezése	egészében	egy részében	Jel- zés e	megnevezése	egészében	egy részében
1.	Kézi anyagmozgatás			14.	Porok megnevezése		
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.	Vegyí anyagok megnevezése:.....		
3.	Kényszerterhelés (görnyedés, guggolás)			16.	Járványügyi érdekből kiemelt munkakör		
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 védőeszk. általi terhelés		
10.	Nem-ionizáló sugárzás			23.	Egyéb:		
11.	Helyileg ható vibráció					
12.	Egésztest vibráció					
13.	Ergonómiai tényezők					

Kelt:.....,.....év.....hó.....napján

.....
A munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője

* A megfelelő szöveget alá kell húzni.

** A megnevezett munkakörben fennálló kockázatok megfelelő rovatába kell X-et írni, ahol több tényező van felsorolva, a megfelelőt húzza alá.