

Nyilatkozat egészségügyi állapotról alkalmassági véleményhez

Név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ:

Fent nevezett munkavállaló kijelentem, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvos tájékoztatott az általa meghatározott, a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság véleményezéséhez szükséges vizsgálatokról, beavatkozásokról azok elvégzésének fontosságáról, illetve elmaradásának lehetséges kockázatairól.

Egészségügyi állapotomról, munkakörülményeimrel kapcsolatos kötelezettségeimről a felvilágosítást megkaptam és tudomásul vettem.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a foglalkozás-egészségügyiszolgálat elől eltitkolt betegségem, panaszom nincs.

Betegségeimről, munkaképesség csökkenésemről a foglalkozás-egészségügyi orvost tájékoztattam.

tudomásul veszem, hogy amennyiben eltitkolt betegségem, munkaképesség csökkenésem, százalékos mértékben meghatározó egészség romlásom van, úgy az ebből eredő az egészségemben bekövetkezett kárt magam vagyok köteles viselni, e tekintetben a munkáltatót kártérítési kötelezettség nem terheli.

Az egészségügyi állapotomra vonatkozó különösen védett adatok kezeléséhez kizárólag a munkaviszonyom fennállásáig és kizárólag a munkaköröm ellátásához szükséges alkalmassághoz történt célra, kizárólag az előbbi célhoz szükséges mértékben járulok hozzá.

Oroszlány,.....

.....

Munkavállaló aláírása