**Szakmai orvosi alkalmassági vélemény (15. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez)**

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:.........................................................................................................................................

A vizsgálat eredménye alapján (Név):......................................................................................................................képzésben résztvevő
TAJ szám: .........................................................

**A következő szakmára:**

⃝ Villamos Biztonsági Felülvizsgáló

⃝ Kisfeszültségű Csatlakozó- és Közvilágítási FAM szerelő

⃝ Kisfeszültségű Mérőhelyi FAM szerelő

⃝ Kisfeszültségű szabadvezeték Hálózat FAM szerelő

⃝ Robbanásbiztos Berendezés Szerelője

⃝ Villámvédelmi Felülvizsgáló

⃝ Villamos alállomás kezelő

⃝ Szakszolgálati FAM szerelő

⃝ Kisfeszültségű kábelszerelő

**ALKALMAS IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS NEM ALKALMAS**

Nevezett munkaköri/szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:.................................................. .....................................................................................................................................................

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat........................ hét múlva

Kelt: ................................................................... P. H. foglalkozás-egészségügyi szakellátóhely