

.....
A munkáltató megnevezése
cégszerű bélyegzője

Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra*
(A munkáltató tölti ki!)

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

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

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

A munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatai***

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.	Vegyvi 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					

üBudapest, 20..... évhó napján

.....
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője