

.....  
Munkáltató megnevezése, cégszerű bélyegzője

## **Beutalás munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatra**

(A munkáltató tölti ki)

A munkavállaló neve: .....

Szül. hely/idő: ..... év ..... hó ..... 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	egészsé- ben	egy részében	jelzése	megnevezése	egészsé- ben	egy részében
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.	Vegyai anyagok, megnevezve: ..... ..... .....		
3.	Kényszertesthelyzet (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

.....  
munkáltató aláírása, hiteles bélyegzője