

Szervező megnevezése: **Mentor Klub Oktató és Tanácsadó Kft.**

Beutalás előzetes **szakmai** orvosi alkalmassági vizsgálatra

Név: ..... Szül. év: ..... hó: ..... nap: .....

Lakcím: ..... TAJ szám: .....

Szakma: **Számítógépes adatrögzítő**

Kérem nevezett előzetes **szakmai** alkalmasságára vonatkozó vélemény közlését az alábbi indok(ok) alapján:

Szakképesítésre felkészítő szakmai képzésbe **jelentkezéshez szükséges dokumentum.**

Kelt: .....

  
képzésszervező

**Mentor Klub Kft.**

1094 Budapest, Márton utca 37. 1/7.

Cégjegyzéksz.: 12430064-2-43 Cégj.: 01-09-934013

Tel.: +36-20-779-3373

gerillamentorklub.hu

15. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez \*

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

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

A vizsgálat eredménye alapján ..... ügyfél

**Számítógépes adatrögzítő szakképesítés**

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Kelt: .....

P. H.

.....  
foglalkozás-egészségügyi  
szakellátó hely orvosa