

Szervezeti és Működési Szabályzat 5. számú függeléke

**Egészségügyi nyilatkozat**

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, számára)

I. Munkavállaló, álláskereső vagy munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve: .....

Címe: .....

Születési helye, ideje: .....

TAJ száma: .....

Munka/tevékenységi köre: .....

-----

II. Munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

-----

III. A vizsgált személy nyilatkozata

Alulírott kötelezem magam arra, hogy

**1.** az alkalmassági vizsgálatot végző orvostól soronkívüli alkalmassági vizsgálaton jelentkezem, ha magamon vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

sárgaság,

hasmenés,

hányás,

láz,

torokgyulladás,

bőrkiütés,

egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés stb. is)

váladákozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

**2.** Az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon észleltem.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt: .....

a vizsgált személy aláírása