

Jelentkezési lap kitöltéséhez a 54/2021. ITM rendelet szerinti tanfolyamra

Új vizsgázó adatai:

Vezetéknév: _____ Utónév: _____
Születési név: _____ Anyja neve: _____ Állampolgárság: _____
Születési hely: _____ Születési idő: _____
Lakcím: irányítószám: _____ Város: _____
Közterület: _____ Közterület jellege: _____ Házszám: _____
Emelet: _____ Ajtó: _____
Értesítési cím: irányítószám: _____ Város: _____
Közterület: _____ Közterület jellege: _____ Házszám: _____
Emelet: _____ Ajtó: _____
Telefon: _____ E-mail: _____
Képesítés 1: _____ 4. _____
Képesítés 2: _____ 5. _____
Képesítés 3: _____ 6. _____

Elméleti alapvizsga:

- igen
 nem

Gyakorlati vizsga:

- igen
 nem

Meglévő Gépkezelői jogosítvány száma: _____

Kiállítás dátuma: _____

Orvosi vizsgálat érvényességi dátuma: _____

Megjegyzés: _____

Személyazonosító okmány száma: _____ Kibocsátás ideje: _____

Okmány megnevezése: _____

Lakóhelyet igazoló okmány száma: _____ Kibocsátás ideje: _____

Okmány megnevezése: _____

Elméleti képesítési okmány száma: _____ Kibocsátás ideje: _____

Okmány megnevezése: _____

Kibocsátó hatóság: _____

A jelentkező tanfolyami és vizsgaköltségeit a *Munkáltató/Képzésben résztvevő vállalja.

*a megfelelő rész aláhúzendő

Munkáltató neve és címe: _____

PH.

Munkáltató/Képzésben résztvevő aláírása

A kitöltést nyomtatott betűkkel, vagy számítógéppel kérjük, az igazoló okmányokat (személyi ig., lakcímkártya, adóazonosító, TAJ kártya, legmagasabb iskolai végzettség, OKJ vizsgabizonyítvány (ha van)) jelentkezéskor kérjük bemutatni, másolatát leadni. A jelentkezéskor 2 db színes, igazolványkép (3,5cm*4,5cm), orvosi igazolást (**Elsőfokú munkaköri alkalmassági vélemény** nyomtatványon) kérjük leadni.

Elsőfokú munkaköri alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján: _____ munkavállaló

Anyja neve: _____ Szül. hely: _____

Szül. idő: _____ év _____ hó _____ nap **Gépkezelő** munkakörben történő munkavégzésre **ALKALMAS/NEM ALKALMAS.**

Nevezett munkaköri alkalmasságot érintő korlátozás: _____

Érvényességi idő _____

Kelt: _____

PH.

orvos aláírása

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

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

A vizsgálat eredménye alapján ügyfél

GÉPKEZELŐ szakmában

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

* A megfelelő szöveget alá kell húzni.

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

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:

Szakmai alkalmassági orvosi vélemény

A vizsgálat eredménye alapján ügyfél

GÉPKEZELŐ szakmában

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

* A megfelelő szöveget alá kell húzni.