

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ - Υπόδειγμα Βεβαίωσης Καταλληλότητας Εργαζόμενου

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ					
Μετά την πρόσληψη		Περιοδική εκτίμηση		Μετά από ατύχημα/ασθένεια	
				Άλλο	
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ:					
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ					
Επώνυμο		Όνομα		Πατρώνυμο	
Θέση εργασίας		Δραστηριότητα			
<p>Ο υπογράφων ιατρός, κατόπιν της κλινικής εξέτασης, του ιατρικού και επαγγελματικού ιστορικού, των εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ή της γνωμάτευσης του ειδικού ιατρού, βεβαιώνω ότι ο ανωτέρω εργαζόμενος/η:</p>					
Α) Κρίνεται ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ/Η για την ανωτέρω θέση εργασίας / δραστηριότητα					
<p>Β) Κρίνεται ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα με τις παρακάτω προϋποθέσεις ή περιορισμούς για το χρονικό διάστημα:.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τροποποίηση της θέσης εργασίας ή των καθηκόντων εργασίας • Χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας • Αποφυγή συγκεκριμένου κινδύνου/ δραστηριότητας • Άλλο 					
<p>Γ) Κρίνεται προσωρινά ΜΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα και χρήζει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προσωρινής αλλαγής θέσης εργασίας για χρονικό διάστημα:..... • Περαιτέρω ιατρικού ελέγχου και επανεξέτασης 					
<p>Δ) ΜΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα και χρήζει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγής θέσης εργασίας..... 					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ					