

ORVOSI IGAZOLÁS (HÁZIORVOS)

Fizikai (erőnléti alkalmassági vizsgálaton való részvételhez) és általános egészségügyi szűréshez

Tisztelt Házi orvos Asszony/Úr!

Alulírottnevű (születési név is), születési hely, idő (év, hó, nap):
....., anyja neve:
lakóhelye: alatti lakos kérem, hogy a roma fiatalok számára kiírt támogatási pályázathoz a fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételem lehetőségéről, fizikai terhelhetőségemről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közléséhez hozzájárulok.

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

Nevezett a rendelkezésemre álló egészségi adatok ismeretében – az 45/2020. (XII. 16.) BM rendelet 4. mellékletében meghatározott Cooper-teszt futásban, valamint a 35/2020. (XII. 23.) ORFK utasítás 5. mellékletében meghatározott mozgásformákból álló /mellső fekvőtámaszban karhajlítás-nyújtás (30 sec), hanyattfekvésből felülés (60 sec), fekvőnyomás, hajlított karú függés, helyből távolugrás/ - alkalmasság vizsgálaton részt vehet:

Igen*

Nem*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van*

Nincs*

Kelt:

.....
házi orvos aláírása, orvosi bélyegző
lenyomata, egészségügyi szolgáltató neve

* Kívánt rész aláhúzendó