



FOGLALKOZÁSI MEGBETEGEDÉS GYANÚJÁNAK BEJELENTÉSE

Kérvény a foglalkozási megbetegedés kivizsgálására.

Név:	
Szervezeti egység megnevezése:	
Munkakör:	
Születési hely, idő:	
Elérhetőség (telefonszám, email):	
Állandó lakcím:	
TAJ szám:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	

Kelt.:

Munkavállaló aláírása:

.....

Kötelezően csatolandó melléklet:

(Kérjük a csatolmánynak megfelelőt aláhúzni)

Pozitív COVID-19 fertőzésről szóló lelet / Járványügyi elkülönítő határozat