**EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT**

NÉV: …………………………………………………………………………

Szül. hely, idő:…………………………………. anyja neve:…………………………………………..

Lakcím: ……………………………………………………..……., TAJ szám: ……………………………

Súly: ……………………………… Magasság: ……………………………….

A FAIPARI TECHNIKUS/DEKORATŐR szakra való felvételhez egészségügyi alkalmassági vizsgálatra van szükség. Az alkalmassági orvosi véleményezésnél a következő egészségügyi okok kizáróak lehetnek, ezért kérjük, jelezze, ha az alábbi elváltozások közül valamelyik fennáll Önnél.

* statikai rendszer jelentősebb rendellenessége: ……………………………………….
* súlyos szívbetegség: …………………………………………………………………………………
* enyhébb szívbetegség /kardiológiai lelet szükséges: …………………………………
* arc és kéz torztó elváltozásai: …………………………………………………………………..
* mindkét fül halláscsökkenése: ………………………………………………………………….
* epilepszia: ………………………………………………………………………………………………..
* szemüveg /dioptria/: ………………………………………………………………………………..
* színtévesztés: …………………………………………………………………………………………..
* egyéb betegségek, elváltozások: …………………………………………………………..… …………………………………………………………………………………………………………..…….
* rendszeres gyógyszer szedés: ………………………………………………………………….
* műtétek: ………………………………………………………………………………………………….
* tornafelmentése volt-e /miért/:……………………………………………………………….

**BÜNTETŐJOGI FELELŐSSÉGEM TUDATÁBAN KIJELENTEM, HOGY A FENTI ADATOK A VALÓSÁGNAK MEGFELELNEK ÉS ELTITKOLT TESTI ÉS PSZICHÉS MEGBETEGEDÉSEM NINCS**.

Dátum:

…………………………………………

aláírás