

КАРТА

ЗА ПРЕДВАРИТЕЛЕН МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД

На _____ имена по документ за самоличност
роден(а) на _____ г. ЛК № _____
издадена на _____ г. от _____
Лицето кандидатства за работа в _____ включване в професионално обучение
ЦПО към "Академия по предприемлив
професионални обучения" ЕООД като _____ курсист по професия/част от професия Козметик
отдел, цех _____ точна професия _____
Кандидатът не е работил/работил е в същото предприятие
от _____ г. до _____ г. като _____
Работил е още като _____ от _____ г. до _____ г.

Р-л отдел "Човешки ресурси": _____ подпис

ДАНИИ ОТ АНАМНЕЗАТА: Минали заболявания (без детски инфекции)

отпуски по болест - честота: _____
Инвалидност: **не, да**, причини, група: _____

ДАНИИ ОТ ПРЕГЛЕДА: _____ описват се само патологичните отклонения

Необходим е преглед от лекари специалисти по: _____

20 _____ г. Лекар: _____ подпис

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРЕГЛЕДИТЕ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ:

*(Всеки специалист вписва своите констатации,
подписва се и посочва специалността си)
поставя се печат на здравното заведение*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Въз основа на прегледа и дадените консултации от лекарите специалисти,
лицето **може (не може)** да бъде прието в отдел (цех):

Може да бъде включено в професионално _____ като _____ курсист в ЦПО към "Академия за
обучение по професия Козметик _____ професионални обучение" ЕООД

Забележка: Курсът не е противопоказан на курсиста.

20 _____ г. Лекар 1. _____

гр. _____ или 2. _____

печат _____ ЛКК 3. _____

Имена по _____

лична карта _____

длъжност на _____

лекаря (ите): _____

Непуненият текст се зачертава.