

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 _____ професионална

професионални обучения". ЕООД _____ като _____ част от професия

_____ отдел, цех _____ лична професия

Маникюрист-педикюрис

Кандидатът не е работил/работил е в същото предприятие

от _____ г. до _____ г. като _____ от _____ г. до _____ г.

Р-л отдел "Човешки ресурси": _____ подпис

ДАНИ ОТ АНАМНЕЗАТА: Минали заболявания (без детски инфекции)

отпуски по болест - честота: _____

Инвалидност: **не, да**, причини, група: _____

ДАНИ 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 Маникюрис-педикюрис" професионални обучение " ЕООД _____

Забележка: Курсът не е противопоказан на курсиста.

гр. _____ 20 _____ г. Лекар 1. _____

или 2. _____

печат _____ ЛКК 3. _____

Имена по _____

лична карта _____

длъжност на _____

лекаря (ите): _____

Неужният текст се зачертава.