

**ORVOSI IGAZOLÁS (HÁZIORVOS)**  
Fizikai (erőnléti alkalmassági vizsgálaton való részvételhez)

**Tisztelt Házi orvos Asszony/Úr!**

Alulírott .....nevű (születési név is),  
születési hely, idő (év, hó, nap): .....  
anyja születési neve: .....  
lakóhelye: .....  
alatti lakos kérem, hogy hivatásos szolgálati jogviszony létesítése előtti fizikai (erőnléti) alkalmassági vizsgálaton való részvételemről, fizikai terhelhetőségemről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közléséhez hozzájárulok.

Dátum: .....

.....  
jelentkező aláírása

Nevezett a rendelkezésemre álló egészségi adatok ismeretében – az 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet 12. § (1) bekezdésében meghatározott mozgásformákból álló (2000 méteres futás, fekvőtámasz, felülés, ingafutás, hajlított karú függés, fekvő-nyomás, helyből távolugrás) - alkalmassági vizsgálaton részt vehet:

Igen\*                  Nem\*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van\*                    Nincs\*

Dátum: .....

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

\* Kívánt rész aláhúzendó