*7. melléklet az 1/2021. (I. 21.) BM OKF utasításhoz*



CSONGRÁD-CSANÁD MEGYEI KATASZTRÓFAVÉDELMI IGAZGATÓSÁG

**ORVOSI IGAZOLÁS
Fizikai alkalmasságvizsgálaton való részvételhez**

Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!

Alulírott

születési név:

születési hely, idő (év, hó, nap):

anyja neve:

társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ száma):

lakóhelye:

alatti lakos kérem, hivatásos szolgálati jogviszony létesítése előtti fizikai alkalmasságvizsgálaton való részvételemről, fizikai terhelhetőségemről az alábbiak szerint tájékoztatást adni szíveskedjen.

Az adatok közléséhez és az alkalmasságvizsgálat során keletkező adatok kezeléséhez hozzájárulok.

Dátum: ………………………………

………………………………
jelentkező aláírása

Nevezett, a rendelkezésemre álló egészségi adatok ismeretében a futással teljesített Cooper-tesztből és hat, az általános erőnlétet vizsgáló gyakorlatból álló, fizikai alkalmasságvizsgálaton részt vehet:

Igen\*    Nem\*

Jelen egészségi állapotában nevezett fizikai terhelésének orvosi ellenjavallata:

Van\*    Nincs\*

Dátum: ………………………………

………………………………
háziorvos aláírása

P. H.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Kívánt rész aláhúzandó!

Az adatok kezelése a rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról szóló 2015. évi XLII. törvény 107. §-ban leírtak alapján történik.