

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εργαζομένων σε παιδικές κατασκηνώσεις.

Συμπληρώνεται κάθε δύο έτη ( με εξαίρεση τον έλεγχο φυματίωσης)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ: .....

ΑΜΚΑ : .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ : .....

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ( Από παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε παιδική κατασκήνωση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ( Από Πνευμονολόγο ή Παθολόγο Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η , εξετάστηκε σύμφωνα με το ΦΥΛΛΟ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ( ανά 4 έτη) και υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακος.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ