



## NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGRÓL

Alulírott  képzésben résztvevő  képzésben résztvevő munkáltatója\*

nyilatkozom, hogy

képzésre jelentkező neve: .....

születési helye, ideje: .....

anyja neve: .....

Villamos biztonsági felülvizsgáló hatósági hatáskörbe tartozó képesítő képzésre jelentkező, **rendelkezem/rendelkezik\*** a Villamos biztonsági felülvizsgáló munkakör betöltéséhez jogszabályban megfogalmazott, speciális alkalmassági igazolásokkal.

### Munkáltatói nyilatkozat esetén kitöltendő:

Munkáltató neve: .....

Munkáltató címe: .....

Munkáltató képviselőjének neve: .....

Kelt: .....

.....

Képzésre jelentkező / Munkáltató aláírása\*

\* a megfelelőt kérjük megjelölni, aláhúzni