

İşe giriş/periodyok muayenesinin yapıldığını ve muayenen sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. (I certfy that the information given by me for medical examination/fit to work is correct and it is properly carried out.)

Çalışanın Adı Soyadı (Employee Name and Surname)**İMZA** (Signature)**ÇALIŞANIN BİLGİLERİ**

(Employee Information)

FİRMA ADI (Employer Details or Company Name)**Adı ve Soyadı** (Name&Surname)**T.C. Kimlik No** (ID Number or Passport Number)**Doğum Yeri ve Tarihi** (Date of Birth & Place)**Yaptığı İş (Ayrıntılı Olarak Anlatınız)** (Occupation , please describe detail)

Bu form 6331 Sayılı İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU MADDE 15-(1) İşveren ...(5) Sağlık muayenesi yaptırılan çalışanın özel hayatı ve itibarının korunması açısından sağlık bilgileri gizli tutulur. Maddesi gereği ve İŞYERİ HEKİMİ VE DİĞER SAĞLIK PERSONELİNİN GÖREV, YETKİ, SORUMLULUK VE EĞİTİMLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK "EK-2" şartlarına göre giriş işlemlerinde kullanılacak formdur.

This form is used to confirm the "6331" Occupational Healty and Safety Law, Article 15- The Employer Shall .."(5) Healty data of workers undergoing a medical examination shall be kept confidential in orderto ensure protection of individual privacy and prestige. Anda Regulation of duties, authorit, responsibility, rights and obligations of Occupational physician and other Healty staff – Attachment -2"

KANAAT VE SONUÇ (Conclusion) * :

- 1- işinde bedenen çalışmaya elverişlidir.
(employee is phsically fit to work inPosition/work)
- 2- şartı ile çalışmaya elverişlidir.
employee is conditionally fit to work..... Position /work; Please mention details:
- 3- Gece veya vardiyalı ÇALIŞABİLİR ☐ / ÇALIŞAMAZ ☐ fit to work for night or shift work ☐ phsically not fit to work night or shift work ☐
- 4- Yüksek ÇALIŞABİLİR ☐ / ÇALIŞAMAZ ☐ Physically fit to work at heigh ☐ phsically not fit to work ay height ☐
- 5- Kapalı alanda ÇALIŞABİLİR ☐ / ÇALIŞAMAZ ☐ Physically fit to work in confined space ☐ Phsically not fit to work in confined space ☐

BULGULAR VE YORUMLAR (Findings and Comments)**Rapor Tarihi** (Date of Report)**İş Yeri Hekimi Adı Soyadı** (Name&Surname of Occupational Physicion)**İmza** (Signature)**İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No** (*no required information for expat)