Siseministri … 2024. aasta määrus nr …
„Korrakaitseametniku tervisenõuded, korrakaitseametniku ja korrakaitseametniku kandidaadi tervisekontrolli kord ning tervisetõendi sisu ja vormi nõuded“
Lisa 3

TERVISETÕEND

Töötervishoiuteenuse osutaja: nimi
aadress
tegevusloa nr

Ees- ja perekonnanimi _____

Isikukood | | | | | | | | | | | |

Elukoht _____

Ametinimetus _____

Tööandja nimi ja aadress _____

OTSUS

Kinnitan, et lähtudes korrakaitseametniku tervisenõuetest on / ei ole _____
(*ees- ja perekonnanimi*)
sobiv töötama korrakaitseametnikuna.

Ettepanekud töökeskkonna või töökorralduse muutmiseks:_____
_____
_____
_____

Järgmine tervisekontrolli aeg: _____

Töötervishoiuarsti ees- ja perekonnanimi: _____

Töötervishoiuarsti kood: _____

Töötervishoiuarsti telefoninumber ja e-posti aadress:_____

töötervishoiuarsti allkiri _____ *kuupäev* _____

Olen tutvunud tervisetõendiga .

isiku allkiri _____ *kuupäev* _____