

TERVISETÕEND	
Töötaja perekonnanimi _____	
Eesnimi _____	
Sünniaeg _____	Sugu _____
Elukoht _____	
Töökoht _____	
Ametikoht _____	
Kinnitan käesolevaga, et lähtudes päästeteenistujate tervisenõuetest _____ (on/ei ole) _____ (ees- ja perekonnanimi) sobiv töötama _____ (ametikoha nimetus)	
Tervisekontrolli käigus tehti järgmised terviseuuringud ja kaasati eriarstid: _____ _____ _____ _____ _____	
Järgmise tervisekontrolli tähtaeg on _____ (kuu, aasta)	
Arst nimi ja allkiri _____	
Kuupäev _____	