**(اسم الموظف مطبوعًا)**

*حسب معرفتي، ليس لدي أي حالات طبية من شأنها أن تتداخل مع ارتداء جهاز التنفس أثناء المشاركة في مواقف التعرض الخطرة. أعي أن أمراض القلب أو ارتفاع ضغط الدم أو أمراض الرئة أو وجود طبلة الأذن المثقوبة تتطلب تقييمًا طبيًا محددًا من قبل الطبيب قبل تحديد الاستخدام الآمن لجهاز التنفس.*

**(توقيع الموظف)** (التاريخ)

**تقرير بشأن التقييم الطبي**

تم فحص الموظف المذكور أعلاه من قبلي وفي الوقت الحالي لا توجد موانع طبية للموظف المذكور أعلاه وهو يرتدي جهاز تنفس للسماح بالعمل في بيئات التعرض الخطرة.

ملاحظات أخرى:

(توقيع الطبيب) (التاريخ)