

BESTÄTIGUNG DER SEHFÄHIGKEIT VOR DER PRÜFUNG

Bestätigung des ausreichenden Sehvermögens entsprechend den Anforderungen nach DIN EN ISO 9712 Absatz 4.7

Der nachgenannte Arbeitgeber bestätigt hiermit, dass für die u.g. Person die Anforderungen an die Sehfähigkeit nach DIN EN ISO 9712 Abs. 7.4 erfüllt sind.

ANGABEN ZUM TEILNEHMER

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER *(Stempel genügt)*

Ansprechpartner:

Firmenname:

Straße/Nr.:

PLZ./Ort:

ANGABEN ZUM SEHTEST *(darf am Prüfungstag nicht älter als 1 Jahr sein)*

Datum des letzten
Sehtests:

Unterschrift
des Arbeitgebers: