

FISA DE SOLICITARE

Subsemnatul, angajator la societatea comercială

Adresa:, județul

tel.: fax :

Cod CAEN și domeniu de activitate : _____

SOLICIT EXAMEN MEDICAL DE MEDICINA MUNCII PERIODIC

conform legislației de securitate și sănătate în muncă în vigoare, pentru:

Nr.crt.	Nume și prenume	CNP	Ocupația/funcția	Obs
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Persoanele examinate își efectuează activitatea profesională la un loc/post de muncă ce prezintă riscurile profesionale detaliate în **Fișa de identificare a factorilor de risc profesional**, anexată prezentei cereri.

Data

Semnătura și ștampila angajatorului: