

FISA DE SOLICITARE

Subsemnatul (nume și prenume) _____

angajator la întreprinderea/societatea comercială/unitatea _____

Adresa: _____

_____ tel.: _____ fax : _____

Cod CAEN și domeniu de activitate : _____

SOLICIT EXAMEN MEDICAL DE MEDICINA MUNCII PENTRU :

ANGAJARE <input type="checkbox"/>	CONTROL MEDICAL <input type="checkbox"/>	ADAPTARE <input type="checkbox"/>	RELUAREA <input type="checkbox"/>	SUPRAVEGHERE <input type="checkbox"/>	LA CERERE <input type="checkbox"/>	SCHIMBAREA LOCULUI <input type="checkbox"/>	ALTE <input type="checkbox"/>
	PERIODIC		MUNCII	SPECIALĂ		DE MUNCĂ	

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

Domnul/Doamna _____

născut/ă la _____ CNP: _____

având profesiunea/ocupatia de: _____

și care urmează a fi/este angajat/ă în funcția: _____

la locul de muncă: _____

din secția (atelier, compartiment etc.) _____

Persoana examinată urmează să efectueze 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:

: