

FIȘA DE SOLICITARE A EXAMENULUI MEDICAL

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 PERIODIC | <input type="checkbox"/> | ADAPTARE | <input type="checkbox"/> |
| RELUAREA MUNCII | <input type="checkbox"/> | SUPRAVEGHERE SPECIALĂ | <input type="checkbox"/> | LA CERERE | <input type="checkbox"/> |
| | | SCHIMBAREA LOCULUI DE MUNCĂ | <input type="checkbox"/> | ALTELE | <input type="checkbox"/> |

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

Domnul/Doamna

născut/ă la: _____ CNP: _____

având profesiunea/ocupația de: _____

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

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: