

FIȘA DE SOLICITARE A EXAMENULUI MEDICAL LA ANGAJARE

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"/>	Supraveghere specială	<input type="checkbox"/>
Control medical periodic	<input type="checkbox"/>	La cerere	<input type="checkbox"/>
Adaptare	<input type="checkbox"/>	Schimbarea locului de muncă	<input type="checkbox"/>
Reluarea muncii	<input type="checkbox"/>	Alte	<input type="checkbox"/>

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

Domnul/Doamna.....

născut/ă laCNP:

având profesiunea/ocupația 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: