

FISA DE SOLICITARE**Subsemnatul** (nume și prenume) _____

angajator la _____

Adresa: _____

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 _____

Riscuri profesionale:

- Riscuri Chimice: _____
- Riscuri Fizice: _____
- Riscuri Biologice: _____
- Conditii de munca: _____

Data.....

Semnătura și ștampila angajatorului:



MEDIMPACT MEDICINA MUNCII

Adresa: Strada Polonă, nr 32, parter, ap 1, sector 1, București

Interfon: 1

Telefon: 021 210 75 10

E-mail: office@medimpact.com.ro

Program: Luni - Vineri: 8:00 – 16:00