

Grupele 1,2,3

FISA DE LUCRU

Antet personalizat

Angajare Control medical periodic Adaptare Reluare a muncii Supraveghere speciala Alte

MEDICINA MUNCII - FISA DE APTITUDINE NR.
(un exemplar se trimite la angajator, unul se înmâneaza angajatului)

Societate, unitate:
Adresa:
Tel. Fax

NUME: **PRENUME**
CNP:
Ocupatie / functie:
Locul de munca :

AVIZ MEDICAL:

APT
APT CONDITIONAT
INAPT TEMPORAR
INAPT

Recomandari (unde este cazul):

.....
.....
.....

Data: Medic de medicina muncii (semnatura, parafa)
Valabil pana la:

Perfor Pentru Rupere