Unitatea medicală: Cabinet de medicina muncii	**Adresa:** **Tel.:**

Angajare ☐ Examen medical periodic ☐ Adaptare ☐ Reluarea muncii ☐ Supraveghere specială ☐ Alte ☐

MEDICINA MUNCII — FIȘA DE APTITUDINE Nr. ...../.....

(Un exemplar se trimite la angajator, unul se înmânează angajatului.)

Societatea: .....
Adresa: ....., tel.: ....., fax: .....
Numele: ....., prenumele: .....
CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ocupația/Funcția .....
Post și locul de muncă .....

	AVIZ MEDICAL:	Recomandări:
Apt	☐	.....
Apt condiționat	☐	.....
Inapt temporar	☐	.....
Inapt	☐	.....

Medic de medicina muncii,

.....

(semnătura și parafa)

Data:

Data următorului examen medical: .....