UNITATEA……
……
Nr……./……..

SERIA……..Nr……

Domnul/Doamna
……..

CNP | | | | | | | | | | | | |

CI Seria……..Nr…….născut(ă) la data …….fişa medicală personală tip siguranţa transporturilor nr. ……... /…….pentru funcţia cu responsabilitate în siguranţa transporturilor……... din cadrul unităţii…….
…….

AVIZ

☐ APT ☐ APT CU RESTRICŢII/ RECOMANDARI

☐ INAPT ☐ INAPT TEMPORAR

PREŞEDINTELE COMISIEI,
(MEDICALE SAU CENTRALE DE SIGURANŢA TRANSPORTURILOR)

…….

Loc ştampilă unitate

UNITATEA……
……
Nr……./……..

Anexa 1.3

Către:
Unitatea…….

SERIA……..Nr……

AVIZ MEDICAL

Domnul/Doamna……..
CI Seria…… Nr……naşcut(ă) la data……a fost examinat(ă)/reexaminat(ă) pentru (angajare, şcolarizare, control periodic, schimbare de funcţie, sesizare, contestaţie) …….la data de……..cu fişa medicală personală tip siguranţa transporturilor nr……..pentru funcţia cu responsabilitate în siguranţa transporturilor…….....din cadrul unităţii……...
……..şi a obţinut avizul:……
……
Recomandări:……
……

Acest aviz poate fi contestat in termen de 30 zile de la luarea la cunostinta, putand beneficia de reexaminare la Comisia Centrală Medicală şi Psihologică în Siguranţa Transporturilor din cadrul Spitalului Clinic CF Witting , conform prevederilor legale in vigoare.

Loc ştampilă unitate

PREŞEDINTELE COMISIEI,
(MEDICALE SAU CENTRALE DE SIGURANŢA TRANSPORTURILOR)

…….

Se pastrează la unitatea emiţătoare