



Unitatea medicala:  
Cabinet de medicina muncii

Adresa:  
Tel.:

Angajare ☐ Examen medical periodic ☒ Adaptare ☐ Reluarea muncii ☐ Supraveghere speciala ☐ Alte ☐

MEDICINA MUNCII - FISA DE APTITUDINE Nr. ....  
(Un exemplar se trimite la angajator, unul se inmaneaza angajatului.)

Societatea: SC SPORT MECHANICAL WORKSHOP  
TIMB

Adresa: .....

tel.: ....., fax: .....

Numele: OREA, prenumele: MARIA-VALENTINA

CNP 6050727350016

Ocupatia/Functia MONITATOR SUBANSAMBL

Post si locul de munca .....

AVIZ  
MEDICAL:

Recomandari:

Apt ☒ - cu EPA coresp.  
Apt ☐  
conditionat .....  
Inapt ☐  
temporar .....  
Inapt ☐

Medic de medicina muncii

(semnatura si parafa)

Data:

Data urmatorului examen medical: .....

Dr. MALVINA CALEANU  
Medic specialist Medicina Muncii  
si Medicina de Familie  
Cod 898552