

TJÄNSTBARHETSBEYTG FÖR ARBETE MED ESTERPLASTER

Personnummer: _____

Namn: _____

Arbetsgivare: _____

Härmed intygas att ovanstående person genomgått läkarundersökning enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift om *medicinska kontroller i arbetslivet* (AFS 2005:6).

Den undersökte **kan påbörja / forstätta** arbete med esterplaster

Den undersökte får av hälsoskäl ej påbörja / fortstätta arbete med esterplaster

Nästa undersökning, sk periodisk läkarkontroll, skall göras:

Senast år månad och nästa lungröntgen år

Datum

Underskrift Behörig läkare enl. AFS 2005:6

Namnförtydligande och klinik

.....

.....