לכבוד: תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

המרפאה התעסוקתית- קופ"ח מכבי

התקומה 36 יפו –68163

טל: 03-5122107 פקס:03-5122156

שלום רב,

הפניה לרופא תעסוקתי לבדיקות פיקוח רפואי

העובד אשר פרטיו רשומים מטה מופנה לביצוע בדיקות פיקוח רפואיות לעובדים עם לקרינה מיננת בהתאם לתקנות

1***.* פרטי העובד**:

שם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **פרטי מקום העבודה:**

מקום העבודה: אוניברסיטת ת"א הפקולטה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר חדר: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך תחילת עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **פרטים על העסקתו של העובד**

העובד יעבוד עם קרינת רנטגן / חומרים רדיואקטיביים (מחק את המיותר)

לעובד יש / אין תג (מחק את המיותר) סוג איזוטופ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

העובד מועסק עם קרינה במקום עבודה נוסף כן / לא (מחק את המיותר)

אם כן, פרט היכן: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המפנה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_