**Mitarbeiter-Erklärung wegen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchung**

Durch die Gefährdungsbeurteilung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde festgestellt, dass der/die Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_weniger als

4 Stunden pro Tag Feuchtarbeiten ausübt.

Dem/der Mitarbeiter/in wurde die notwendige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung angeboten.

⃝ Ich möchte an einer arbeitsmedizinischen Untersuchung teilnehmen.

⃝ Ich möchte nicht an einer arbeitsmedizinischen Untersuchung teilnehmen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Mitarbeiter/in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_