

Date identitate firmă:

.....  
.....

CĂTRE,  
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU,  
MEDICINA MUNCII

Subsemnatul .....,  
în calitate de ....., la .....,  
prin prezenta solicit măsurarea următorilor factori de risc profesional\*:

- agenți fizici (zgomot, iluminat, microclimat): .....
- .....
- agenți fizico-chimici (pulberi): .....
- .....
- agenți chimici (denumire substanțe): .....
- .....
- agenți biologici (aeromicrofloră și suprafețe) .....

la atelierul / secția / instituția / locul de muncă: .....

.....  
în care se desfășoară activitățile următoare, conform codului / codurilor CAEN:

.....  
Persoana de contact este:

Nume, prenume, funcție: .....

Tel: .....

Semnătura și ștampila  
reprezentantului legal al unității: