לכבוד תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# המרפאה התעסוקתית – קופ"ח מאוחדת

# רח' ירושלים 34, רעננה

טל: 09-7619900

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

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

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

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

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