



Medicinsk kontroll beställs till följd av: **Nattarbete, 3 kap. 7 §**

Beställningsdatum: Arbetsplats:

Namn och personnummer på arbetstagarna:

Namini een persoonlijkheid toe te wijzen op basis van de afbeelding.

Namn: _____ Adress: _____
E-post: _____ Telefonnummer: _____

Arbetsgivare ska erbjuda medicinsk kontroll till medarbetare som arbetar minst 3 timmar av sitt arbetspass eller minst 1/3 av sin årsarbetstid mellan klockan 22.00 och 06.00.

Riskbedömning för arbetsgruppen:

--

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen
- få rådgivning när detta behövs.

- informeras om resultatet av den medicinska kontrollen på gruppnivå
- få förslag på eventuella åtgärder i arbetsmiljön.

Beställarens namnteckning:

Namnförtydligande: