

<input type="checkbox"/> LUXEMBOURG 32, rue Glesener L-1630 Luxembourg Tel.: 40 09 42-1000 Terminvereinbarung: Tel.: 40 09 42-1010 E-mail: rendezvous.lux@stm.lu Fax: 40 09 42-91906	<input type="checkbox"/> ESCH-BELVAL 6 Boulevard des Lumières Bâtiment Moiré, L-4369 Belvaux Tel.: 40 09 42-2000 Terminvereinbarung: Tel.: 40 09 42-2010 E-mail: rendezvous.esch@stm.lu Fax: 40 09 42-91907	<input type="checkbox"/> ETTELBRÜCK 1, rue de Feulen L-9043 Ettelbrück Tel.: 40 09 42-3000 Terminvereinbarung: Tel.: 40 09 42-3010 E-mail: rendezvous.ettel@stm.lu Fax: 40 09 42-91908	<input type="checkbox"/> GREVENMACHER 20, route du Vin L-6794 Grevenmacher Tel.: 40 09 42-4000 Terminvereinbarung: Tel.: 40 09 42-4010 E-mail: rendezvous.greven@stm.lu Fax: 40 09 42-91910
---	--	---	--

Sollte es sich um einen Termin für einen Mitarbeiter mit eingeschränkter Mobilität handeln, so kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an

BITTE WUNSCHTERMIN ANKREUZEN*						Reserviert STM				
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
VORMITTAG / NACHMITTAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Termin am	um

 Die Arbeitnehmer die kein Luxemburgisch, Französisch, Deutsch oder Englisch sprechen sind gebeten, sich von einer Person begleiten zu lassen, die die Übersetzung ermöglicht. Aus Gründen der Vertraulichkeit darf der Übersetzer kein Vorgesetzter sein.

AUSKUNFT ÜBER DEN ARBEITGEBER (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Bezeichnung:

Sozialversicherungsnummer:
→ nur für private Haushalte

Adresse:

Postleitzahl: Ort:

Telefon: Fax: Email:

Diese Telefonnummer wird vom STM für zusätzliche Auskünfte benötigt

Antragsteller/-in für den Antrag:

AUSKUNFT ÜBER DEN ARBEITNEHMER (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Einstellungsuntersuchung Nachuntersuchung
 Einstellungsuntersuchung nach externer Wiedereingliederung Untersuchung aus **BESTIMMTEM GRUND**
(genaue Angabe):

Geburtsname:

Vorname: Familienname*:

Sozialversicherungsnummer:
oder Geburtsdatum Jahr Monat Tag

Ist de/die Mitarbeiter/in beim Centre Commun de la Sécurité Sociale affiliert? JA NEIN

Adresse:

Postleitzahl: Ort: Telefon*:

Arbeitsort: Datum des Vertrages: Einstellungsdatum:

Art des Vertrages: befristet: Datum Vertragsende: unbefristet Leiharbeit

Der Arbeitnehmer wird eingestellt als (präzise Beschreibung der Tätigkeit wie definiert im Risikoposteninventar):

Benutzt Ihr Mitarbeiter Maschinen oder befördert er regelmäßig Personen? JA NEIN

Wenn ja, so geben Sie bitte an, welche Art von Maschinen oder Transportmittel genutzt werden

Ist Ihr Mitarbeiter, im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit, krebserregenden oder mutagenen Stoffen ausgesetzt? JA NEIN

Wenn ja, um welche Stoffe handelt es sich genau? Bitte geben Sie die entsprechenden Stoffe mit Hilfe der beigefügten Liste an

Datum: **Unterschrift des Arbeitgebers:**
Obligatorisch

Alle Felder sind verpflichtend, ausgenommen den mit Sternchen * markierten.