*ANEXA Nr. 2*

*(Anexa nr. 19 la normele metodologice)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nr. | Data: |
| Județul: |
| Localitatea: |
| Unitatea medicală: |

**FIȘA DE SEMNALARE BP1**

|  |
| --- |
| Numele și prenumele |
| Sexul | CNP  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Cetățenie |
| Data nașterii:  | anul: | luna: | ziua: |
| Buletin / Carte de identitate  | seria: | nr.  |
| Adresa de domiciliu: |
| Date de contact actuale (telefon, fax, e-mail): |
| Ocupația: |
| Statusul socioprofesional (pensionar de invaliditate, pensionar de vârstă, persoană cu handicap, angajat cu unul sau mai multe contracte de muncă): |
| Unitatea angajatoare (denumire, cod CAEN, CIF): |
| Adresa completă a unității: |
| Diagnosticul prezumtiv (CIM): |
| Factorul de risc profesional: |
| Ocupațiile are au generat boala: | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| Vechimea în ocupațiile respective: | 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

Semnătura și parafa medicului

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nr. | Data: |
| Județul: |
| Localitatea: |
| Unitatea medicală: |

|  |
| --- |
| Diagnosticul prezumtiv de boală profesională: |
| Comisie de pneumoconioze nr. registru/data: |

|  |  |
| --- | --- |
| Data completării: | *Medic medicina muncii:* |
| Ștampila unității sanitare | Cod parafă: |
| (semnătura și parafa) |