

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> LUXEMBOURG
32, rue Glesener
L-1630 Luxembourg
Tél. : 40 09 42-1000
Service rendez-vous :
Tél. : 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
Tél. : 40 09 42-2000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-2010
E-mail : rendezvous.esch@stm.lu
Fax : 40 09 42-91907 | <input type="checkbox"/> ETTELBRUCK
1, rue de Feulen
L-9043 Ettelbrück
Tél. : 40 09 42-3000
Service rendez-vous :
Tél. : 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
Tél. : 40 09 42-4000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-4010
E-mail : rendezvous.greven@stm.lu
Fax : 40 09 42-91910 |
|---|--|---|--|

S'il s'agit d'un rendez-vous pour un salarié à mobilité réduite, cochez cette case

COCHER VOS DEMI-JOURNÉES DE PRÉFÉRENCE POUR LES RENDEZ-VOUS*	Réservé au STM Rendez-vous prévu le / à								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">MATIN / APRÈS-MIDI</td> <td style="padding: 2px;">Lundi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Mercredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	MATIN / APRÈS-MIDI	Lundi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
MATIN / APRÈS-MIDI	Lundi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Les salariés ne parlant pas luxembourgeois, français, allemand ou anglais sont priés de se faire accompagner par une personne qui assurera la traduction. Pour une question de confidentialité, le traducteur ne peut pas être un supérieur hiérarchique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE *(à compléter par l'employeur)*

Dénomination <input style="width: 90%;" type="text"/>					
Matricule	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px dashed gray; width: 40px; height: 20px;"></div> → uniquement pour les ménages privés </div>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse <input style="width: 95%;" type="text"/>					
Code postal <input style="width: 150px;" type="text"/>	Ville <input style="width: 150px;" type="text"/>				
Téléphone <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fax <input style="width: 150px;" type="text"/>				
Email <input style="width: 250px;" type="text"/>					
Ce numéro sera utilisé par le STM pour les demandes de renseignements complémentaires	Responsable pour la demande <input style="width: 350px;" type="text"/>				

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ *(à compléter par l'employeur)*

<input type="checkbox"/> Examen d'embauche	<input type="checkbox"/> Examen périodique								
<input type="checkbox"/> Examen d'embauche suite à un reclassement externe	<input type="checkbox"/> Examen pour AUTRE MOTIF <input style="width: 150px;" type="text"/> <i>(à préciser):</i>								
Nom de naissance <input style="width: 95%;" type="text"/>									
Prénom <input style="width: 300px;" type="text"/>	Nom marital* <input style="width: 250px;" type="text"/>								
Matricule									
ou date de naissance	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;"><i>année</i></td> <td style="font-size: x-small;"><i>mois</i></td> <td style="font-size: x-small;"><i>jour</i></td> <td></td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>jour</i>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>jour</i>							
Est-ce que le salarié est affilié au Centre Commun de la Sécurité Sociale ?									
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Adresse <input style="width: 95%;" type="text"/>									
Code postal <input style="width: 150px;" type="text"/>	Ville <input style="width: 150px;" type="text"/>								
Téléphone* <input style="width: 150px;" type="text"/>									
Lieu de travail <input style="width: 200px;" type="text"/>	Date du contrat <input style="width: 100px;" type="text"/>								
Date d'entrée en service <input style="width: 100px;" type="text"/>									
Type de contrat : <input type="checkbox"/> déterminé : date de fin de contrat <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> indéterminé <input type="checkbox"/> intérimaire									
Dénomination exacte et précise du poste occupé par le salarié dans l'entreprise comme défini dans l'inventaire des postes à risques : <input style="width: 550px;" type="text"/>									
Le salarié conduit-il des engins ou transporte-t-il régulièrement des personnes dans le cadre de son activité professionnelle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Si oui, précisez quels types d'engins ou de transports <input style="width: 500px;" type="text"/>									
Dans le cadre de son activité professionnelle, le salarié est-il exposé à des agents cancérigènes ou mutagènes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
Si oui, précisez exactement lesquels (indiquer les numéros de la liste d'aide) <input style="width: 350px;" type="text"/>									
Date : <input style="width: 180px;" type="text"/>	Signature de l'employeur : <input style="width: 350px;" type="text"/> <i>Obligatoire</i>								

Tous les champs sont obligatoires sauf ceux marqués d'un astérisque *.