STM
SERVICE DE SANTÉ
AU TRAVAIL MULTISECTORIEL

Arbeitgeberantrag

☐ **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

☐ **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

☐ **ETTELBRUCK**
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

☐ **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*										
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
VORMITTAG / NACHMITTAG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Reserviert STM	
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* ☐☐☐ ☐☐

Für internationale, nicht ortsansässige LKW-Fahrer: Affiliation CENTRE COMMUN (CCSS) 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.