


- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>LUXEMBOURG</b><br>32, rue Glesener<br>L-1630 Luxembourg<br>Tél.: 40 09 42-1000<br>Service rendez-vous :<br>Tél.: 40 09 42-1010<br>E-mail : rendezvous.lux@stm.lu<br>Fax : 40 09 42-91906 | <input type="checkbox"/> <b>ESCH-BELVAL</b><br>Southlane I, 1 avenue du Swing<br>L-4367 Belvaux<br>Tél. : 40 09 42-2000<br>Service rendez-vous :<br>Tél. : 40 09 42-2010<br>E-mail : rendezvous.esch@stm.lu<br>Fax : 40 09 42-91907 | <input type="checkbox"/> <b>ETTELBRÜCK</b><br>1, rue de Feulen<br>L-9043 Ettelbrück<br>Tél. : 40 09 42-3000<br>Service rendez-vous :<br>Tél. : 40 09 42-3010<br>E-mail : rendezvous.ettel@stm.lu<br>Fax : 40 09 42-91908 | <input type="checkbox"/> <b>GREVENMACHER</b><br>20, route du Vin<br>L-6794 Grevenmacher<br>Tél. : 40 09 42-4000<br>Service rendez-vous :<br>Tél. : 40 09 42-4010<br>E-mail : rendezvous.greven@stm.lu<br>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\*


MATIN / APRÈS-MIDI   Lundi |   Mardi |   Mercredi |   Jeudi |   Vendredi |

Réservé au STM Rendez-vous prévu le / à

 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

Matricule   → uniquement pour les ménages privés

Adresse

Code postal  Ville

Téléphone  Fax  Email

Ce numéro sera utilisé par le STM pour les demandes de renseignements complémentaires   **Responsable pour la demande**

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

Examen d'embauche    Examen périodique

Examen d'embauche suite à un reclassement externe    Examen pour **AUTRE MOTIF** (à préciser):

Nom de naissance

Prénom  Nom marital\*

Matricule               
*ou date de naissance   année   mois   jour*

Pour les chauffeurs internationaux non-résidents : affiliation au centre commun de la sécurité sociale  OUI  NON

Adresse

Code postal  Ville  Téléphone\*

Lieu de travail  Date du contrat  Date d'entrée en service

Type de contrat :    déterminé : date de fin de contrat     indéterminé    intérimaire

Dénomination exacte et précise du poste occupé par le salarié dans l'entreprise comme défini dans l'inventaire des postes à risques :

Le salarié conduit-il régulièrement des engins ou transporte-t-il des personnes dans le cadre de son activité professionnelle ?  OUI  NON

Si oui, précisez quels types d'engins ou de transports

Dans le cadre de son activité professionnelle, le salarié est-il exposé à des agents cancérigènes ou mutagènes ?  OUI  NON

Si oui, précisez exactement lesquels (indiquer les numéros de la liste d'aide)

**Date :**    **Signature de l'employeur :**   
*Obligatoire*

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