STM
SERVICE DE SANTÉ
AU TRAVAIL MULTISECTORIEL

Demande patronale

☐ **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

☐ **ESCH-BELVAL**
Southlane I, 1 avenue du Swing
L-4367 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

☐ **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

☐ **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*

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 des engins ou transporte-t-il régulièrement 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 *.