

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR ET À TRANSMETTRE AU MÉDECIN DU TRAVAIL

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Dénomination de l'entreprise :

Matricule :      → Uniquement pour les ménages privés

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ

Nom de naissance  Prénom

Matricule       
ou date de naissance *année* *mois* *jour*

Adresse

Code postal  Ville

### Description du poste occupé par le salarié :

.....  
.....  
.....

### Intervention dans un milieu à risques COVID-19 :

- Hôpital
- Maison de soins
- Autre .....

### Quelle est la distance par rapport aux clients / collègues ?

..... mètres

### Un aménagement de poste est possible ?

- Oui
- Non

### Si oui, merci de préciser :

.....  
.....  
.....  
.....

### Quels sont les moyens de protection mis à disposition du salarié ?

- Masques chirurgicaux
- Masques FFP2
- Gants
- Vêtements de protection
- Vestiaire disponible
- Visières
- Désinfectant pour les mains
- Point d'eau
- Autres .....

Je soussigné(e) ..... certifie que ces données sont exactes.

Je certifie avoir communiqué au salarié concerné :

- Les moyens de protection mis à disposition
- L'aménagement de poste

Lieu et date .....

Signature employeur

A renvoyer au STM- 32, rue Glesener L-1630 Luxembourg - [secretariat.dir@stm.lu](mailto:secretariat.dir@stm.lu)