IDENTIFICAÇÃO DE TRABALHADORES E INSPEÇÃO MÉDICA

Número	Página
_____	___/___

Empreitada:	Código:
Dono da Obra:	Fiscalização:
Projetista:	Empreiteiro:

Reg. N.º	Nome do trabalhador	N.º B.I. ou Passaporte	Nº da Segurança Social	Entidade Empregadora	(*)	Categoria Profissional	Inspeção Médica			
							Data últ.	Apto	N/apto	Data próx.

Preparado por: Data:	Verificado por: Data:	Aprovado por: Data:

(*) **E** = Empreiteiro; **S** = Subcontratado / Tarefeiro; **TI** = Trabalhador independente