FOLHA DE CONTROLO DE INSPEÇÕES MÉDICAS DOS TRABALHADORES

Trabalhador		CONTROLO DAS INSPEÇÕES MÉDICAS		
Nº	**Nome**	**1ª inspeção**	**2ª inspeção**	**3ª inspeção**
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto ... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto ... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto ... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------
		Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------	Data: ..... / ..... / .... Apto ..... / Não apto .... Rub. ----------

Observações: