**Anmeldung zur arbeitsmedizinischen Untersuchung bei schwangeren Dienstkräften der Berliner Schule**

(Schulleitung sendet dieses Formular an amz-schule@charite.de,

Betreff: Anmeldung zur arbeitsmedizinischen Untersuchung bei schwangeren Dienstkräften)

**Bitte unbedingt alles ausfüllen!**

**Schuldaten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Schulname | Schulnummer |
| Offizielle Schulemail | Tel. Schule |
|  | Fax-Nr. Schule |

**Daten der zu untersuchenden Dienstkraft:**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname | Vorname |
| Geburtsdatum | Funktion an der Schule |
| Emailadresse | Handynummer |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Unterschrift Schulleitung/Datum