

**UNHCR**United Nations High Commissioner for Refugees  
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés**CONTROL MEDICAL – CONFIDENTIAL****INTRODUCERE ȘI SCOPUL CONTROLULUI:**

Scopul avizului medical este asigurarea faptului că personalul este apt din punct de vedere fizic și mental să își îndeplinească sarcinile de serviciu repartizate fără a se expune sau fără a expune alte persoane la riscuri de îmbolnăvire sau vătămare. Această evaluare medicală ține cont de starea de sănătate a individului, cerințele locului de muncă și riscurile pentru sănătate și asistența medicală disponibilă în locația în care acesta trebuie să lucreze.

UNHCR evaluează sănătatea angajaților în mai multe etape ale ciclului de viață al angajatului, prin controale medicale relevante și oferă avize medicale pe perioade de timp limitate. Avizul medical trebuie obținut în legătură cu: control medical la angajare pentru încadrarea inițial/reangajare, controale medicale periodice pentru reîncadrare, reîntoarcere după cel puțin 12 luni din concediu special fără plată/detașare/împrumut.

În conformitate cu politicile relevante, departamentul medical stabilește cerințele pentru avizul medical.

**VĂ RUGĂM SĂ SPECIFICATI TIPUL DE CONTROL MEDICAL PE CARE ÎL VETI EFECTUA SELECTÂND CASETA DE SELECTARE RELEVANTĂ DE MAI JOS:**

- CONTROL MEDICAL ÎNAINTE DE/LA ANGAJARE
- CONTROL MEDICAL PERIODIC
- REVENIRE DUPĂ CEL PUȚIN 12 LUNI DIN CONCEDIU SPECIAL FĂRĂ PLATĂ/DETAȘARE/ÎMPRUMUT

**INFORMAȚII IMPORTANTE:**

Reamintim personalului/candidaților că au obligația să ofere informații medicale complete și corecte departamentului medical. Nerespectarea acestei obligații poate duce la anularea oricărei oferte de angajare sau poate fi considerată o abatere disciplinară conform Reglementărilor și Regulamentelor Națiunilor Unite privind Personalul.

Dacă sunteți încadrat pe un post de tip D sau E, vă rugăm să vă asigurați, de asemenea, că luați legătura cu responsabilul dumneavoastră cu bunăstarea psihosocială pentru pregătirea dumneavoastră psihosocială corespunzătoare înainte de următoarea încadrare.

**PROTECȚIA DATELOR:**

Informațiile medicale personale oferite mai jos sunt utilizate în scopul mai sus menționat, în conform politicilor interne relevante ale UNHCR privind integrarea și încadrarea personalului și alte procese legate de resursele umane care necesită evaluarea stării de sănătate inclusiv mențiunile din părțile relevante ale [UNHCR/AI/2022/03/Rev.1AI on Medical Clearance and Fitness to Work](#)

Ele sunt considerate confidențiale și sunt divulgate doar personalului departamentului medical. Ele pot fi divulgate doar în cazuri excepționale personalului medical relevant al altor servicii ale UNHCR în cadrul proceselor administrative relevante cu respectarea strictă a cerințelor cadrului UNHCR privind protecția datelor.

Semnătura dumneavoastră pe acest formular medical indică faptul că înțelegeți și sunteți de acord cu declarația de mai sus.

**Data:****Semnătura**

### INTRODUCERE:

Scopul avizului medical este asigurarea faptului că personalul este apt din punct de vedere fizic și mental să își îndeplinească sarcinile de serviciu repartizate fără a se expune sau fără a expune alte persoane la riscuri de îmbolnăvire sau vătămare. Această evaluare medicală ține cont de starea de sănătate a individului, cerințele locului de muncă și riscurile pentru sănătate și asistența medicală disponibilă în locația în care acesta trebuie să lucreze. Departamentul medical stabilește nevoia de adaptare la locul de muncă precum și cerințele privind acordarea avizului medical.

### SECȚIUNEA A – TREBUIE COMPLETATĂ DE ANGAJAT/CANDIDAT.

#### DATE DEMOGRAFICE:

Denumirea postului:.....

Poziția postului.....

(DI./Dna./Dra/Dna) Nume: .....

Prenume: .....

Data nașterii: ( zz/ll/an) .....

Gen: M F

Naționalitate.....

Locul nașterii.....

Numărul angajatului.....

Adresă de email.....

Telefon mobil.....

Adresă: .....

#### ANALIZA POSTULUI ȘI SARCINILOR:

**(Indicați acolo unde nu este cazul folosind N/A)**

**(Vă rugăm să bifați oricare din aceste căsuțe relevante pentru sarcinile normale ale acestui post) (Indicați acolo unde nu este cazul folosind N/A)**

Ridicare, aplecare în mod obișnuit, stat în picioare prelungit			
Lucru la înălțimi/pe scări			
Curățenie/măturare manuală/sarcini casnice			
În aer liber în mod obișnuit, pe orice vreme			
Lucrul cu comportamente dificile			
Sarcini de conducere a unui autovehicul			
Utilizarea semnificativă a computerelor			
Conținut ridicat de stres mental (interviuri multiple, ore lungi de lucru > 8 ore/zi)			
Expunere la zgomote de peste 80dB			
Lucru în izolare. (lucru de unul singur)			
Activitate umanitară pe linia frontului			
Folosirea de materiale care irită căile respiratorii, de exemplu praf de lemn			
Folosirea de materiale care irită pielea, de exemplu, mănuși din latex			
Lucrul pe schimburi/ore neregulate			
Risc de expunere profesională la traume mentale sau fizice			
Risc de expunere profesională la boli infecțioase specifice:			

**INFORMAȚII DE CONTACT ALE MEDICULUI DE FAMILIE:**

Numele/adresa medicului.....Adresă de email.....  
 ..... Cod poștal: .....Nr. de tel.: .....

**VĂ RUGĂM SĂ RĂSPUNDEȚI LA TOATE ÎNTREBĂRILE** și să semnați formularul înainte de a-l transmite departamentului medical a UNHCR.

	<b>ÎNTREBĂRI</b>	<b>DA</b>	<b>NU</b>
1	Suferiți, sau ați suferit de orice boală fizică sau mentală diagnosticată cu o durată de cel puțin 3 săptămâni și/sau pentru care ați solicitat asistență sau tratament medical?		
2	Ați avut vreodată o afecțiune medicală care ar putea recidiva în viitor? [A se vedea comentariul anterior]		
3	Luați în prezent vreun medicament cu prescripție medicală? (nu răspundeți cu „da” pentru terapia de substituție hormonală (HRT) sau medicamente contraceptive)		
	Dacă da: vă rugăm să oferiți detalii:		
	Dacă „DA”, trebuie să le luați strict la ore fixe?		
4	Aveți nevoie de vreun dispozitiv/ajutor sau adaptare necesară din punct de vedere medical pentru efectuarea activităților cotidiene?		
5	Vi s-a interzis din motive de sănătate să efectuați un anumit tip de activitate?		
6	În ultimii 5 ani ați suferit vreodată de o boală <b>gravă</b> , sau ați avut vreun accident care a necesitat intervenția chirurgicală și/sau spitalizare?		
7	Sunteți însărcinată în prezent sau ați născut de curând și vă aflați încă în primele 6 săptămâni de după naștere?		
8	Aveți nevoie de ajustări ale locului de muncă propus în legătură cu o sarcină sau o dizabilitate? (pentru sarcină, vă rugăm să consultați <a href="#">AI on Parental Leave AI 2023/02</a> )		
9	Ați absentat de la muncă, timp de trei sau mai multe săptămâni, din cauza unei boli sau a unei accidentări în ultimele 12 luni?		
10	Aveți vreo afecțiune medicală cunoscută, care ar necesita un concediu medical în următoarele 12 luni?		
11	Aveți vreo problemă de sănătate care ar putea fi afectată sau agravată de activitățile identificate mai sus? Dacă da, vă rugăm să explicați mai jos.		
12.	V-a considerat medicul dumneavoastră curant complet vindecat(ă) de boala de care ați suferit și/sau afecțiunea dumneavoastră este gestionată în prezent? Vă rugăm să anexați un raport medical pentru a ne ajuta să evaluăm afecțiunea în raport cu capacitatea dumneavoastră de a vă desfășura activitatea.		

<b>Vaccinare (Covid-19)</b>	Da	Nu	
V-ați încheiat schema de vaccinare împotriva <u>Covid-19</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dacă da. Vă rugăm să atașați certificatul de vaccinare. <b>NB:(Dacă ați transmis deja aceste informații, vă rugăm să nu luați în</b>

			<b>considerare această întrebare)</b>
V-ați încheiat schema de vaccinare împotriva <u>Febrei galbene?</u>			Dacă da. Vă rugăm să atașați certificatul de vaccinare. <b>NB:( Dacă ați transmis deja aceste informații, vă rugăm să nu luați în considerare această întrebare)</b>

<b>Vă rugăm să ne oferiți informații privind istoricul dumneavoastră medical:</b>	Da	Nu	<b>Vă rugăm să explicați cum vă afectează această afecțiune capacitatea de muncă.</b>
Ați fost diagnosticat cu vreuna din afecțiunile de mai jos?			
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli cardiovasculare (de ex. hipertensiune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afecțiuni musculoscheletice (de ex. dureri de spate, dureri ale articulațiilor etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli respiratorii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tulburări digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tulburări genito-urinare / Boli renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli endocrinologice (de ex. diabet zaharat, tulburări tiroideoane, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli neurologice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme de sănătate mentală.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli congenitale/genetice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altele			
Luați vreun tratament medicamentos sau alte substanțe pe termen lung?			
Dacă da, vă rugăm să specificați			

### ISTORIC MEDICAL PREZENT

1. Ați suferit vreo modificare a stării de sănătate de la ultimul control medical periodic?

Da

Nu

Dacă da vă rugăm să oferiți un rezumat în spațiul prevăzut mai jos și să descrieți pe scurt modul în care acest lucru v-a afectat capacitatea de a vă desfășura activitatea profesională.

2. Primiți actualmente îngrijire / tratament pentru **afecțiunea/afecțiunile de mai sus?**

Da

Nu

Dacă da, vă rugăm să descrieți pe scurt și să includeți efectele acestuia asupra capacității dumneavoastră de a vă desfășura activitatea la locul de muncă?

3. Ați solicitat concediu medical în perioada mai sus menționată?

Da

Nu

**Data:** zz/ll/an .....

**Semnătura:** .....

#### **DECLARAȚIE**

Declar că, potrivit cunoștințelor mele, aceste afirmații sunt corecte. Înțeleg că exactitatea lor este o condiție pentru orice încadrare în muncă în cadrul UNHCR.

De asemenea, declar că, potrivit cunoștințelor mele, am o stare de sănătate bună, cu excepția celor declarate mai sus.

Semnătura solicitantului: ..... Data: (zz/ll/an): .....

Vă rugăm să menționați numele în clar: .....

## SECȚIUNEA B: A SE COMPLETA DE CĂTRE MEDICUL EXAMINATOR

Raportul dumneavoastră de examinare clinică este vital pentru evaluarea obiectivă a capacității de muncă a angajatului/posibilului angajat, de către departamentul medical. Vă rugăm să completați această secțiune conform *Standardului Hutchinson de Evaluare Clinică a Pacienților* și scrieți notele dumneavoastră privind istoricul medical, observațiile clinice și constatările, precum și evaluarea și recomandările dumneavoastră. Vă rugăm să discutați rezultatele analizelor de laborator și radiologice cu pacienții folosind un limbaj pe înțelesul lor.

### Evaluare clinică:

Antropometrie: Greutate: kg                      Înălțime: cm                      BMI:                      Circumferința taliei (cm)

Tensiunea arterială: Sistolică (mmHg)                      Diastolică: (mmHg)                      Ritm cardiac: per/min

### **Pentru conducătorii de vehicule blindate:**

- Circumferința capului =                      cm
- Circumferința pieptului =                      cm

**Dacă descoperiți anormalități, vă rugăm să  
explicare cum afectează acestea capacitatea  
de muncă a pacientului.**

### **Oftalmologie**

Dreapta

Stânga

1. Diametrul pupilei  
(mm)

2. Motilitatea  
mușchilor extraoculari

3. Reflexe:

a) Direct:

b) Consensual:

c) Acuitatea vizuală

### **Piele**

Aspect  
(Notați orice  
cicatrice/tatuaje/  
semne sau nevi)

### **ORL**

Dreapta

Stânga

Canal auditiv extern/  
pavilionul urechii

Proba Weber

Testul Rinnes:

### **Otoscopie**

Canal auditiv intern

Timpane			
Alte constatări subiective (De ex. tinitus)			
<b>Căi respiratorii superioare</b>			
<b>Gura</b>			
a) Dentiție (Carii, aparat dentar etc.)			
<b>Nas :</b>			
a) Morfologie			
	Dreapta	Stânga	
b) test UPSIT sau testarea pragului olfactiv- acolo unde este indicat)			
<b>Glanda tiroidă</b>			
a) Control			
b) Palpare (mărime, consistență, textură)			
c) Auscultație			
<b>Sistemul respirator ((încercuți-vă răspunsurile D= Da, N =Nu))</b>			
a) Examinare (Este traheea mediană?)	D	N	Comentarii:
b) Examinare (Este toracele simetric ?)	D	N	Comentarii:
Palpare (se extinde toracele bilateral simetric în mod egal?)	D	N	Comentarii:
<b>Percuție:</b>			
	<b>Plămânel drept</b>	<b>Plămânel stâng</b>	
a) Sonoritate normală/timpanism	D/N	D/N	Comentarii:
b) Matitate/Matitate lemnoasă	D/N	D/N	Comentarii:
<b>Auscultație</b>			
	<b>Plămânel drept</b>	<b>Plămânel stâng</b>	
a) Murmur vezicular normal	D/N	D/N	Comentarii:
b) Crepitații	D/N	D/N	Comentarii:
c) Ronhus (raluri bronșice)	D/N	D/N	Comentarii:
d) Murmur vezicular absent	D/N	D/N	Comentarii:
<b>Sistemul cardiovascular (încercuți-vă răspunsurile D= Da, N =Nu)</b>			
a) Examinare (Este zona precordială hiperactivă?)	D	N	Comentarii:

Este presiunea venoasă jugulară crescută?	D	N	Comentarii: (Dacă da, vă rugăm să cuantificați în cm)
b) <b>Palpare</b> (Unde este șocul apexian?)	Comentarii:		
<b>Auscultație</b>			
	<b>Carotida dreaptă</b>	<b>Carotida stângă</b>	
Există murmur carotidian?	D/N	D/N	Comentarii:
Se aud S1 și S2? (Da sau Nu)	D/N	D/N	Comentarii: (există murmur) : (Vă rugăm să descrieți modelul)
<b>Sistemul digestiv (încercuiți-vă răspunsurile D= Da, N =Nu)</b>			
<b>Examinare:</b> (Se mișcă abdomenul odată cu respirația ?)	D	N	Comentariu: Descrieți toate cicatricile, sau varicozitățile
	<b>Ficat</b>		
<b>Palpare:</b> Există hepatomegalie ?	D	N	Comentariu: Măsurați lățimea și lungimea ficatului sub marginea costală
	<b>Splină</b>		
Există splenomegalie ?	D	N	Comentariu: Măsurați dimensiunile splinei (Subcostal și pe diagonală în cm)
	<b>Mase suprapubiene</b>		
Există mase suprapubiene?	D	N	Dacă este femeie : (Vă rugăm să întrebați despre ultima perioadă menstruală. Dacă este însărcinată, vă rugăm să menționați vârsta gestațională.)
	<b>Rinichi drept</b>	<b>Rinichi stâng</b>	
Efectuați palparea cu amândouă mâinile			Comentariu :
	<b>Fosa iliacă dreaptă</b>	<b>Fosa iliacă stângă</b>	
Palpați fosa iliacă Descrieți toate constatările			Comentariu:
<b>Percuție:</b> Există ascită dovedită prin schimbarea matității sau mișcarea lichidelor?			
<b>Sistem musculoscheletal</b>			
	<b>Drept</b>	<b>Stâng</b>	<b>Comentarii :</b>
<b>Membrul superior</b>	Tonus	Tonus	
	Forță	Forță	
	Reflexe	Reflexe	
	Volum muscular	Volum muscular	
<b>Membrul inferior</b>	Tonus	Tonus	



	Forță	Forță	
	Reflexe	Reflexe	
	Volum muscular	Volum muscular	
Coloana vertebrală: Există vreo diformitate? De ex. scolioză,			
Există vreun deficit neurologic?			
<b>Sistemul psihoneurologic</b>			
Aspect			
Comportament			
Dispoziție			
Afect			
Vorbire			
<b>Concluzie generală:</b>			
<b>Sistem genito-urinar</b>			
<b>Femeie:</b>			
a) Care a fost prima zi a ultimei perioade menstruale normale a pacientei examinate ?	<input type="text"/>		
b) Tip de anticoncepționale?	<input type="text"/>		
c) Pacienta examinată este însărcinată? NU: <input type="checkbox"/> Dacă DA, Care este data preconizată a nașterii	<input type="text"/>		
d) Anul ultimului test papanicolau?	<input type="text"/>		
e) Numele și adresa ade email a pacienților examinate	Obstetrician /Ginecolog:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Bărbat:</b>			
a) Dacă > 40 ani în ce an a fost efectuat ultimul antigen specific prostatic al pacientului examinat?	<input type="text"/>		

Rezultatele testelor de laborator			
Examinări suplimentare	Normal	Anormal	Detalii
<p><b>Biochimie + HLG:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>REZULTATE ATAȘATE</b></p> <p>CRP...</p> <p><b>Hemoleucogramă:</b></p> <p>HGB... (Norm..... )</p> <p>RBC... (Norm..... )</p> <p>Trombocite... (Norm..... )</p> <p>WBC..... (Norm..... )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutrofile..... (Norm..... )</li> <li>• Limfocite .... (Norm..... )</li> <li>• Eozinofile..... (Norm..... )</li> </ul> <p>Glicemie pe stomacul gol..... (Norm..... )</p> <p>Creatinină..... (Norm..... )</p> <p>ASAT... (Norm..... )</p> <p>ALAT... (Norm..... )</p> <p>GGT... (Norm..... )</p> <p>Colesterol Total..... (Norm..... )</p> <p>HDL ... (Norm..... )</p> <p>LDL..... (Norm..... )</p> <p>Trigliceride... (Norm..... )</p> <p>Sumar urină ...</p>
<p><b>Radiografia pulmonară este Obligatorie pentru:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutare: <b>Control medical la angajare</b> indiferent de vârstă</li> </ul> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>VĂ RUGĂM SĂ ATAȘAȚI RAPORTUL RADIOGRAFIC. PĂSTRAȚI FILMELE LA DUMNEAVOASTRĂ.</b></p>
<p><b>ECG este Obligatorie pentru:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutare: <b>Control medical la angajare</b> indiferent de vârstă</li> <li>• Șoferi</li> <li>• Vârsta de peste 45 de ani</li> </ul> <p><input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>VĂ RUGĂM SĂ ATAȘAȚI REZULTATELE TRASĂRII ELECTROCĂRDIOGRAMEI.</b></p>
<p><b>NB: Dacă sunteți supus unui Control medical periodic.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ECG</b></li> </ul> <p>Este necesară dacă pacientul examinat are vârsta de cel puțin 45 de ani sau la recomandarea medicului examinator indiferent de vârstă.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Radiografie pulmonară</b></li> </ul> <p>Trebuie solicitată în funcție de constatările examinării pulmonare în timpul vizitei clinice.</p>			

**A SE COMPLETA DE CĂTRE MEDICUL EXAMINATOR:**

**Pe baza constatărilor dumneavoastră clinice și a investigațiilor imagistice/ de laborator, care este evaluarea / concluzia dumneavoastră privind starea de sănătate și capacitatea de muncă a pacientului examinat?**

*(Vă rugăm să explicați verbal după examinare și să comunicați rezultatele candidatului/angajatului **într-un limbaj pe înțelesul acestuia.**)*

*Dacă trimiteți candidatul/angajatul la o evaluare suplimentară de laborator/ a unui specialist, vă rugăm să scrieți acest mesaj de trimitere într-un e-mail cu candidatul/angajatul în copie pentru a facilita urmărirea ulterioară de către departamentul medical.*

**Notă:** *Vă rugăm să citiți toate informațiile /rapoartele sau afecțiunile medicale declarate de pacient transmise. Scrieți comentariile dumneavoastră. Dacă găsiți orice alte elemente medicale aferente relevante pentru acest candidat/angajat, vă rugăm să le explicați pacientului examinat și să le trimiteți specialistului relevant pentru a facilita îngrijirea acestuia. Îndrumați-l (pe candidat/angajat) să primească îngrijire corespunzătoare.*

**Data controlului (zz/ll/an):**

**Numele medicului examinator:**

**Semnătura:**

**Adresa de email a medicului:**

**Numărul de telefon mobil al medicului:**



Această secțiune trebuie completată în mod **OBLIGATORIU** pentru **ȘOFERI. NU** va fi acordat niciun aviz în absența acestui Control.

**a) Examinarea vederii:**

**1. A se complete de către oftalmolog sau medicul examinator<sup>1</sup> în limba **engleză**.**

<b>Diagnostic complet:</b>				
<b>Istoric ocular:</b>				
<b>Consult: examinare cu lampă cu fantă / biomicroscopie</b> (dacă este disponibilă)				
<b>Motilitate oculară – Testul de acoperire:</b>				
<b>Reflex pupilar și reflex cornean:</b>				
<b>Fund de ochi</b> - (edem papilar, hemoragie retiniană, exudat, anomalii ale vaselor de sânge,		Stâng	Drept	
<b>Diplopie:</b>				
<b>Vedere centrală Acuitate vizuală</b>		Fără corecție	Cu corecție	Corecție dioptrică
		Ochiul stâng Ochiul drept Binocular		
<b>Vedere pe timp de noapte</b>		Fără corecție	Cu corecție	
<b>Câmp vizual</b> (poate fi utilizat testul de confruntare)	axă 0° - 180°	axă 90° - 270°	axă 45° - 225°	Axă+ 135° - 315°

Angajatul al cărui nume este menționat mai sus este declarat pentru starea sa de sănătate oftalmologică (bifați caseta corespunzătoare):

- inapt să conducă
- apt fără condiții sau restricții.
- apt cu următoarele condiții sau restricții:
- cu ochelari
  - cu lentile
  - cu ochelari sau lentile

**Recomandări pentru o viitoare evaluare, un viitor tratament, sau o viitoare corecție a refracției:**

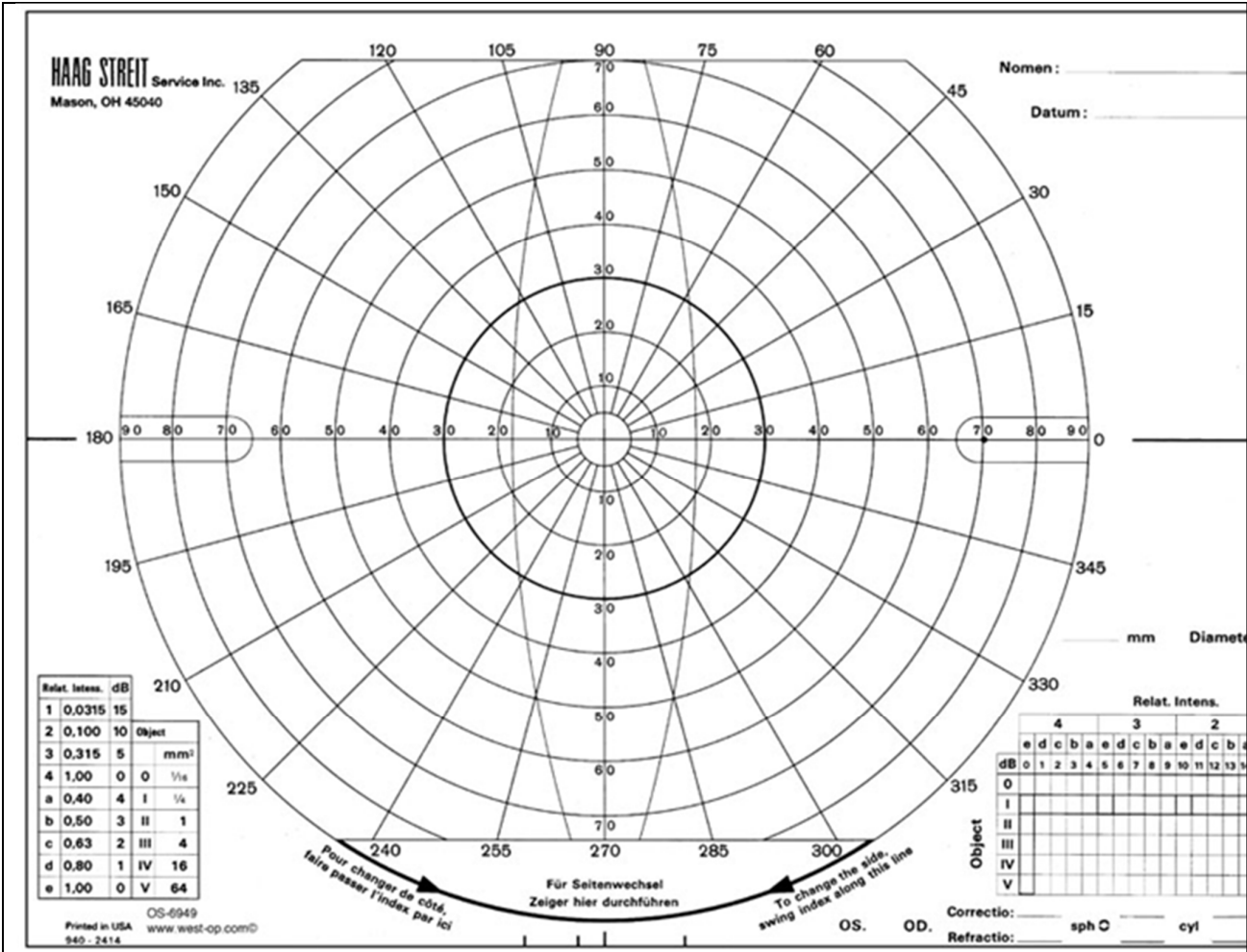
**Oftalmolog/medic examinator.**

**Nume, semnătură și ștampilă:**

\_\_\_\_\_

**Data examinării (zz/ll/an):** [Clic pentru a selecta data](#) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Medicul generalist poate efectua examinarea oculară a șoferilor dacă nu există oftalmologi la locul de muncă.



**A SE COMPLETA DE CĂTRE SECȚIA MEDICALĂ A UNHCR**

Apt  Apt cu adaptare  Inapt  Valabil până la data de (zz/ll/an).....

Comentariu

Date (zz/ll/an) : .....

Semnătura: .....

**NOTĂ:** Pentru rambursarea cheltuielilor medicale legate de acest control medical, vă rugăm să luați legătura cu persoana de contact de la departamentul de resurse umane pentru a primi formularele de rambursare pe baza facturilor.

Vă rugăm să rețineți că trebuie să păstrați chitanțele și să le anexați la formularele de rambursare în timpul depunerii acestora la departamentul Resurse Umane pentru prelucrare.