

## Bescheinigung für eine erforderliche arbeitsmedizinische Vorsorge gem. ArbMedVV (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge) bei verpflichtender Studienveranstaltung

Name:	Vorname:	Geburtstag:	
Matrikelnummer:			
Fachbereich:	Institut:		
Modul:			
Verantwortliche/r:	KST :	Datum	
Bei Reisen:			
Reisegebiet:			
Reisebeginn:	Reiseende:		<b>Der Präsident</b> <b>Prof. Dr. Enrico Schleiff</b>
Sonstige Vorsorgeanlässe:			
Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen: Anlass/Stoff			Referat Arbeitsschutz
Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: Anlass/Stoff			
Impfung gegen:			Bearbeitung: Referat Arbeitsschutz:
Sonstige Bemerkungen:			Besucheradresse Campus Bockenheim   Juridicum Senckenberganlage 31-33 60325 Frankfurt am Main
<b>Bestätigung:</b> <b>Die Teilnahme am o. g. Modul bzw. der o. g. Reise/Exkursion ist verpflichtend (entsprechend der Studienordnung) zum Erreichen des Studienziels ohne alternative Wahlmöglichkeit.</b>			Postadresse 60629 Frankfurt am Main Germany
			Telefon +49 (0)69 798 13629 Telefax +49 (0)69 798 23067 orga-BA@uni-frankfurt.de www.sicherheit.uni-frankfurt.de

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Verantwortliche/r

### Hinweis:

Diese Bestätigung wird zur Vergabe eines Termins zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom Referat Arbeitsschutz benötigt. Wenn mehrere Studierende betroffen sind, ist zu dieser Bescheinigung eine Liste der Personen ausreichend.

Bitte senden Sie die Bestätigung an: [orga-BA@uni-frankfurt.de](mailto:orga-BA@uni-frankfurt.de)