

ЕВИДЕНЦИЈА ЛИЦА ЗАПОСЛЕНИХ У ОБЈЕКТУ КОЈА СУ
ПОД ЗДРАВСТВЕНИМ НАДЗОРОМ

_____ ул. _____ у _____

Бр.	Име и презиме	Радно место	Датум последњег санитарног прегледа	Датум следећег санитарног прегледа

МП

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ