Aprobat/ Respins ,

Rector,

**Fișă de verificare a îndeplinirii condițiilor necesare decontării**

 **contravalorii dispozitivelor de corecție speciale**

|  |  |
| --- | --- |
| Nume și prenume: |  |
| Funcția: |  |
| Locul de muncă: |  |
| 1. Salariatul folosește în mod obișnuit un echipament cu ecran de vizualizare
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Salariatul a efectuat un examen corespunzător al ochilor și al vederii
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Există o prescripție de la medic specialist care conține diagnosticul și caracteristicile/ specificațiile aparatului de corecție vizuală
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Salariatul a mai beneficiat în anul curent de decontarea altui aparat de corecție vizuală (ochelari de vedere, sau după caz, lentile de contact)
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Dacă răspunsul la întrebarea 4 este DA, diagnosticul este diferit de cel anterior și impune modificarea caracteristicilor aparatului de corecție special decontat anterior
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Dacă răspunsul la întrebarea 4 este DA, contravaloarea decontului aferent lentilelor de contact recomandate expres de medic se încadrează în suma maximă stabilită pentru preschimbarea acestora în intervalul de 2 ani
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Cererea de decontare este întocmită corect și este însoțită de toate documentele justificative conform procedurii de sistem
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |
| 1. Analiza postului de lucru a relevat riscuri la adresa sănătății vizuale
 |
| **[ ] DA** | **[ ] NU** |

Urmare a verificării criteriilor de mai sus, se propune:

**[ ]** Aprobarea cererii

**[ ]** Respingerea cererii

**[ ]** Restituirea în vederea completării documentației justificative/remedierii lipsurilor

Întocmit ,

Responsabilul cu sănătatea și securitatea în muncă