

PROGRAM PENGAJIAN SEMULA / REHIRING PROGRAMME
BORANG PENDAFTARAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PEKERJA ASING
FOREIGN WORKER'S MEDICAL EXAMINATION REGISTRATION FORM

BAYARAN PENDAFTARAN / PAYMENT FOR REGISTRATION

- RM 201.40** (perempuan) atau **RM 190.80** (lelaki) [termasuk 6% GST] dalam bentuk Draf Bank, Kiriman Wang atau CIMB Clicks dibayar atas nama FOMEMA Sdn. Bhd.
RM 201.40 (female) or RM 190.80 (male) [including 6% GST] in the form of Bank Draft, Money Order or CIMB Clicks payable to FOMEMA Sdn. Bhd.
- Pemeriksaan kesihatan mesti dijalankan dalam tempoh 10 hari dari tarikh pendaftaran.
The Medical Examination must be done within 10 days from the date of registration.

SILA BAWA DOKUMEN-DOKUMEN BERIKUT / PLEASE BRING THE FOLLOWING DOCUMENTS

1. Dokumen asal dan salinan / Original and photocopy document

i. Pasport asal / Original passport

2. Dokumen salinan / Photocopy documents

i. Slip Pendaftaran dari Syarikat yang dilantik oleh KDN / Registration Slip from the Company appointed by MOHA

ii. Resit Bayaran Untuk Kumpulan dari Imigresen / Receipt of Payment for Compound from Immigration

iii. Resit Bayaran Untuk Pas Sementara dari Imigresen /
 Receipt of Payment for Special Pass from Immigration

Tarikh kelulusan / Date of approval

		-		-					
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

A. BUTIRAN PEKERJA / WORKER'S DETAILS

**1. Nama Pekerja Mengikut Pasport /
 Worker's Name according to the Passport**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Nombor Pasport / Passport Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Jantina / Gender Lelaki / Male Perempuan / Female

4. Tarikh Lahir / Date of Birth

								-											
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Negara Asal / Country Of Origin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Sektor / Sector

Pembantu Rumah / Domestic

Perkhidmatan / Service

Perkilangan / Manufacturing

Perladangan / Plantation

Pertanian / Agriculture

Pembinaan / Construction

B. BUTIRAN MAJIKAN / EMPLOYER'S DETAILS

**1. Nama Syarikat / Nama Majikan
 Company's Name / Employer's Name**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2. No. Pendaftaran Syarikat / No. Kad Pengenalan Majikan
 Company Registration No. / Employer's IC No.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3. Alamat Syarikat / Majikan
 Company / Employer's
 Address**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**4. Poskod
 Postcode**

--	--	--	--	--	--

**5. Daerah
 District**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Negeri / State

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. No. Telefon / Tel No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. No. Faks / Fax No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Kod Majikan / Employer's Code (jika ada / if any) E

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. DOKTOR YANG DIPILIH OLEH MAJIKAN / DOCTOR SELECTED BY THE EMPLOYER

1. Nama Doktor / Doctor's Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Nama Klinik / Clinic's Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Bandar / Town

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Kod Doktor / Doctor's Code (jika ada / if any) D

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PENGESAHAN PENDAFTARAN / ACKNOWLEDGEMENT OF REGISTRATION (TANDAKAN "✓" / TICK "✓")

Saya / Kami
 I / We

Majikan /
 Employer

Pekerja atau wakil syarikat /
 Company Employee or
 Authorised Representative

Agensi Pekerjaan /
 Employment Agency

Pendaftar Bebas /
 Freelance Agent

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah sah, benar dan lengkap. Saya/Kami telah membaca dan faham sepenuhnya Notis Pemrosesan Data Peribadi yang disertakan dengan borang ini dan dengan ini mengesahkan bahawa mana-mana orang yang data peribadinya diberikan di dalam borang ini dan semua dokumen-dokumen yang disertakan telah bersetuju bagi pemrosesan data peribadi beliau bagi tujuan pemeriksaan kesihatan pekerja asing. Permohonan klinik/doktor di atas adalah pilihan saya/kami. Saya/Kami faham dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di atas. *I/We hereby confirm that all the information and documents given are valid, true and complete. I/We have read and fully understand the Notice of Personal Data Processing as attached with this form and hereby confirm that any person whose personal data is given in this form and all attached documents has consented to the processing of his personal data for the purpose of medical examination of foreign worker. The requested clinic/doctor has been selected by me/us. I/We understand and agree with the terms and conditions as stated above.*

1. Nama / Name: _____

2. Tandatangan / Signature: _____

3. Jawatan / Designation: _____

4. No. Telefon / Tel No.: _____

5. No. Kad Pengenalan atau No. Pasport / IC. No. or Passport No.: _____

6. Tarikh / Date: _____ 7. Cop Syarikat / Company Stamp: _____

--

NOTIS PEMROSESAN DATA PERIBADI

Tuan/Puan,

Kami dengan ini memberi notis kepada anda bahawa anda akan memberikan data peribadi anda kepada FOMEMA bagi tujuan pemeriksaan kesihatan pekerja asing yang ingin mendapatkan pekerjaan di Malaysia. Kami ingin mengambil perhatian anda terhadap perkara-perkara berikut:-

1. Bahawa data peribadi anda yang dikehendaki untuk diberikan di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing adalah berhubungkait dengan pemeriksaan kesihatan pekerja asing dan adalah perlu bagi proses pemeriksaan kesihatan dan data peribadi anda akan diproses dan/atau diproses oleh FOMEMA bagi tujuan tersebut.
2. Bahawa data peribadi yang dikehendaki untuk diberikan oleh anda di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing adalah termasuk nama anda, butir-butir peribadi dan/atau nombor perhubungan.
3. Bahawa sebagai tambahan kepada data peribadi yang diberikan oleh anda di dalam Borang Pendaftaran Pemeriksaan Perubatan Pekerja Asing, FOMEMA juga akan memproses data peribadi yang diberikan oleh anda daripada sumber-sumber yang lain termasuk pasport, visa dengan rujukan atau permit (jika berkaitan) yang diberikan oleh anda kepada FOMEMA.
4. Bahawa anda mempunyai hak untuk meminta akses kepada dan untuk meminta pembetulan terhadap data peribadi anda yang diberikan kepada FOMEMA.
5. Bahawa anda boleh menghubungi Perkhidmatan Pelanggan FOMEMA di No. Tel. 03-2782 8777 No. Fax. 03-2782 9216 E-mel: cs@fomema.com.my bagi sebarang pertanyaan atau aduan berhubung dengan data peribadi anda.
6. Bahawa data peribadi anda tidak akan dizahirkan kepada mana-mana pihak ketiga melainkan kepada Kerajaan Malaysia melalui Kementerian Kesihatan dan Kementerian Dalam Negeri berkaitan dengan status kesihatan pekerja asing.
7. Bahawa anda mempunyai pilihan bagi menghadkan pemprosesan data peribadi anda oleh FOMEMA, termasuk data peribadi yang berhubungan dengan orang lain yang boleh dikenal pasti daripada data peribadi anda, dengan memaklumkan FOMEMA secara bertulis dengan menentukan had tersebut serta alasan-alasan bagi penghadan tersebut.
8. Bahawa ia adalah sukarela bagi anda untuk membekalkan data peribadi anda kepada FOMEMA tetapi data yang tidak lengkap boleh mengakibatkan pemeriksaan kesihatan pekerja asing tidak dapat diproses.

Terima kasih.

FOMEMA SDN. BHD.

NOTICE OF PERSONAL DATA PROCESSING

Dear Sir/Madam,

We hereby give you notice that you will be providing your personal data to FOMEMA for medical examination of foreign worker seeking employment in Malaysia. We wish to bring your attention to the following:-

1. *That your personal data required to be provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form is in relation to medical examination of foreign worker and is necessary for the medical examination process and that your personal data will be processed and/or is being processed by FOMEMA for such purpose.*
2. *That the personal data required to be provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form includes your name, personal particulars and/or contact numbers.*
3. *That in addition to the personal data provided by you in the Foreign Worker's Medical Examination Registration Form, FOMEMA shall also process the personal data provided by you from other sources including passport, calling visa or permit (if any) provided by you to FOMEMA.*
4. *That you have the right to request access to and to request correction of your personal data provided to FOMEMA.*
5. *That you may contact FOMEMA Customer Service at Tel No. 03-2782 8777 Fax No. 03-2782 9216 E-mail: cs@fomema.com.my for any inquiries or complaints in respect of your personal data.*
6. *That your personal data shall not be disclosed to any third party except to the Government of Malaysia through the Ministry of Health and Ministry of Home Affairs in relation to foreign worker's medical status.*
7. *That you have a choice for limiting the processing of your personal data by FOMEMA, including personal data relating to other persons who may be identified from your personal data, by informing FOMEMA in writing specifying the limitation and the reasons for such limitation.*
8. *That it is voluntary for you to supply your personal data to FOMEMA but incomplete data may result the medical examination of foreign worker cannot be processed.*

Thank you.

FOMEMA SDN. BHD.