Форма Заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра

Приложение N 5
к Порядку проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ N 29н

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинской организации)

_____

_____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. ФИО
2. Место работы:
2.1. Организация (предприятие)
2.2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____[1]
   Вредный производственный фактор или вид работы[2] _____
4. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): **не имеет** медицинских противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами.

Председатель врачебной комиссии _____ (_____)
(подпись)
(ФИО)
М.П.

«___» _____ 20__ г.

_____(_____) «___» _____ 20__ г.
(подпись работника (освидетельствуемого)) (ФИО)

[1] Согласно сведениям, указанным в трудовой книжке или справке с места работы.
[2] Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ