
(наименование организации (предприятия),
форма собственности, отрасль экономики)

(адрес)

Код ОГРН

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)

Направляется в _____

(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф. И. О. _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий (нужное подчеркнуть)

4. Цех, участок _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____

6. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется _____

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них _____

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

8.1. Химические факторы _____

(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.2. Физические факторы _____

(номер строки, пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.3. Биологические факторы _____

(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) _____

(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9. Профессия (работа) _____

(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

(должность
уполномоченного представителя)

(подпись
уполномоченного представителя)

(Ф. И. О.)

* Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

