

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. Министерства здравоохранения
и социального развития РФ
от 12 апреля 2011 г. N 302н

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

Образец

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

**Заключение предварительного (периодического) медицинского
осмотра (обследования)***

1. Ф.И.О.
2. Дата рождения:
3. Место работы:
 - 3.1. Организация (предприятие)
 - 3.2. Цех, участок
4. Профессия (должность) (в настоящее время) _____
Вредный производственный фактор или вид работы** _____
5. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано** (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. "___" _____ 20__ г.