

Форма
Заключения предварительного (периодического)
медицинского осмотра

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. Ф.И.О.
2. Место работы:
 - 2.1. Организация (предприятие)
 - 2.2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____
Вредный производственный фактор или вид работы п. 3.1.7 _____
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) (Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

_____ (_____) «__» _____ 20__ г.

(подпись работника
(освидетельствуемого))

(Ф.И.О.)