

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
2. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
3. Место работы:
- 3.1. Предприятие _____
- 3.2. Цех, участок _____
4. Профессия (Должность) (в настоящее время) _____
5. Вредный производственный фактор (профессия, работа)** _____

6. Результаты проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет /имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано**
(соответствующее подчеркнуть)

7. Заключение:

- годен к работе в указанной профессии, в контакте с заявленными производственными факторами и (или) работами
 - годен с ограничениями к работе в указанной профессии
 - не годен
- (соответствующее подчеркнуть)

8. Решение врачебной комиссии (ВК) № _____ от _____

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

Печать медицинской организации «__»____20__г.

Подпись работника (освидетельствуемого) _____
(подпись) (Ф.И.О. работника) «__»____20__г.