# **В соответствии**

# **с** [**Порядком**](file:///Z:\АЦСП\Обменник\Сергей\Форма%20мед.%20справки.docx#sub_3000) **проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой**

# **статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н**

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ф.И.О.: |
| 2. | Дата рождения: |
| 3. | Пол: |
| 4. | Место работы |
| 4.1. | Организация (предприятие): |
| 4.2. | Структурное подразделение: |
| 5. | Профессия (должность) (в настоящее время): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Вид работ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Вредный производственный фактор\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. | Результаты осмотра: медицинские противопоказания к работе выявлены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания)  или медицинские противопоказания к работе не выявлены. |

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Перечислить в соответствии с Приложением к [Порядку](file:///Z:\АЦСП\Обменник\Сергей\Форма%20мед.%20справки.docx#sub_3000) проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н)