
(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.)