

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

(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* _____
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 _____ (_____) (_____) (Ф.И.О.)
(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

_____ (_____) «__» _____ 20__ г.
(подпись работника) (Ф.И.О.)
(освидетельствуемого)