**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 социальногоразвития 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.

 « \_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

 (подпись работника (Ф.И.О.)

 (освидетельствуемого))

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

\* Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ.