**Форма документа об отсутствии медицинских противопоказаний к работе сварщиком, оформляемого за пределами РФ**

|  |
| --- |
|  |
| (наименование медицинской организации) |
|  |
| (адрес) |

**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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид работы: **сварочные 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))