

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. приказом Министерства здравоохранения
и социального развития РФ [8]

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. ФИО
2. Место работы:
 - 2.1. Организация (предприятие)
 - 2.2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____¹
Вредный производственный фактор или вид работы² _____
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)

(ФИО)
М.П.

«__» _____ 20__ г.

(подпись работника (освидетельствуемого)) (_____)
(ФИО) «__» _____ 20__ г.

¹ Согласно сведениям, указанным в трудовой книжке или справке с места работы.

² Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ (Приложение 1 и Приложение 2 к [8]).