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

 (наименование медицинской

 организации, код по ОГРН)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование работодателя)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Направление

 на предварительный медицинский осмотр

 лица, поступающего на работу

 На основании п. \_\_\_ утвержденного работодателем списка от

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. и в соответствии с п. п. 7, 8 Порядка проведения

обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров

(обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с

вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденного Приказом

Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование работодателя; форма собственности и вид экономической

 деятельности работодателя по ОКВЭД)

направляет на предварительный медицинский осмотр:

 1. Фамилия, имя, отчество лица, поступающего на работу/работника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 2. Дата рождения лица, поступающего на работу/работника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 3. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии),

в котором будет занято лицо, поступающее на работу/занят работник:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 4. Наименование должности (профессии) или вида работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 5. Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы

в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников,

подлежащих предварительным осмотрам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

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

(должность уполномоченного представителя (подпись) (Ф.И.О.)

 работодателя)