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 28.01.2021. N 29н

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Образец

_____
(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/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано** (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. "___" _____ 20__ г.

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