СПРАВКА при устройстве на работу

проводится согласно приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (с изменениями и дополнениями с 24 мая 2020г.) согласно гос стандарта и в соответствии с направлением от работодателя.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Образец

_____

(наименование медицинской организации)

_____

_____

(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Медицинское заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)*

1. Фамилия Имя Отчество
2. Место работы:
2.1. Организация (предприятие)
2.2 Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____
   Вредный производственный фактор, наименование вида работ)**
   _____
4. Предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование) (нужное подчеркнуть)
5. Результат медицинского осмотра (обследования):

   патология не выявлена/выявлены заболевания (нужное подчеркнуть)
6. Наименование заболевания: _____
7. Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе/заключение не дано (нужное подчеркнуть)
8. Рекомендации по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) (направление в специализированную или профпатологическую медицинскую организацию; использование средств индивидуальной защиты, или др.):
9. Диспансерная группа:
10. Дата и номер извещения об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления): _____

11. Председатель врачебной комиссии:

_____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

"___"_____ 20__ г.

12. Члены врачебной комиссии:

_____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

_____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П._____

* Заверяется печатью медицинской организации, не подлежит передаче работодателю.** В соответствии с Перечнем факторов и (или) Перечнем работ