_____

_____

_____

(наименование медицинской организации, адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Направление на предварительный медицинский осмотр поступающего в государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Свердловской области «Нижнетагильский педагогический колледж №2»

1.Дата направления_____

2.Дата осмотра_____

3. Цель направления: предварительный

4.Фамилия _____

Имя _____

Отчество_____

5. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

6.Возраст_____ Дата рождения _____

Число, месяц, год рождения

СНИЛС* _____

Номер, код (серия) территории и страховой организации страхового полиса ОМС _____

7.Домашний дрес_____

8. Место учебы:

8.1.Полное наименование организации: ГАПОУ СО «Нижнетагильский педагогический колледж № 2»

8.2.Вид экономической деятельности по ОКВЭД: _____

8.3.Наименование структурного подразделения: _____

9.Профессия (на которую поступает): __ Педагогика дополнительного образования

10. Профессия (по которой работает): _____

11. Стаж работы:

11.1. общий _____(лет)

11.2. в профессии_____(лет)

11.3. во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности_____(лет) (обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

№ п/п	Наименование факторов производственной среды и трудового процесса	Код фактора по приказу МЗ РФ от 28.01.2021 № 29н)	Уровень фактора по результатам лабораторного контроля	Класс условий труда
12.1.	Работа в образовательном			
12.2.	учреждении	пр. №1 п. 25		
12.3.				
12.4.				

Ответственное лицо,
составившее направление _____

подпись (должность, Фамилия, инициалы)

ГАПОУ СО «Нижнетагильский педагогический колледж № 2»

СНИЛС* - страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)** - заполняется только при оформлении направления на предварительный медицинский осмотр