

(наименование медицинской организации, адрес)

Код ОГРН

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

**Направление на предварительный медицинский осмотр поступающего
в государственное бюджетное 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 адрес _____

8. Место учебы:

8.1. Полное наименование организации: ГБПОУ СПО «Нижнетагильский педагогический колледж № 2»

8.2. Вид экономической деятельности по ОКВЭД: _____

8.3. Наименование структурного подразделения: _____

9. Профессия (на которую поступает): _____

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 и СР РФ от 12.04.2011 № 302н)	Уровень фактора по результатам лабораторного контроля	Класс условий труда
12.1.	Работа в образовательном			
12.2.	учреждении	пр. №2 п. 18		
12.3.				
12.4.				

Ответственное лицо,
составившее направление _____
подпись (должность, Фамилия, инициалы)

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

(наименование организации мед организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(Число, месяц, год)

3. Место работы:

3.1 Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Свердловской области «Нижнетагильский педагогический колледж №2»

3.2 Цех, участок _____

4. Профессия (должность) (в настоящее время) _____

5 Вредный производственный фактор (профессия, работа) _____

6. Результат проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано

(соответствующее подчеркнуть)

7. Заключение:

- годен к работе в указанной профессии, в контакте с заявленными производственными факторами и (или) работами

- годен с ограничениями к указанной профессии _____

(соответствующее подчеркнуть)

8. Решение врачебной комиссии (ВК) № _____ от _____

Председатель медицинской комиссии _____ (_____)

подпись

(ФИО)

Печать медицинской организации “ _____ ” _____ 2018 г.

Подпись работника _____ (_____)

(освидетельствуемого)

(подпись)

(ФИО работника)

“ _____ ” _____ 2018 г.
