

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

Код ОГРН 

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

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Место работы:  
3.1. Предприятие \_\_\_\_\_  
3.2. Цех, участок \_\_\_\_\_

4. Профессия (Должность) (в настоящее время) \_\_\_\_\_

5. Вредный производственный фактор (профессия, работа)\*\* \_\_\_\_\_

6. Результаты 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 работе в указанной профессии  
- не годен  
(соответствующее подчеркнуть)

8. Решение врачебной комиссии (ВК) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Председатель медицинской комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись.) (Ф.И.О.)

Печать медицинской организации «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись работника (освидетельствуемого) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. работника) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Передается работодателю и приобщается к личному делу работника (освидетельствуемого)

\*\*Перечислить вредные и/или опасные производственные факторы и работы (профессии) в соответствии с Приложением №1 и №2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. №302н