

Внимание! Приложение не было зарегистрировано в Минюсте РФ и приводится для ознакомления. Достоверность материалов подтверждается их наличием в базах правовых документов "Гарант" и "Консультант Плюс".

Подробнее о медосмотрах читайте на <http://medosmotr302.ru/>.

Приложение № 3

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, утвержденному приказом № 302 Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г.

ОБРАЗЕЦ

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО
(ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)¹**

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)² _____
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:

12. Члены врачебной комиссии:

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

¹ Заверяется печатью медицинской организации, не подлежит передаче работодателю.

² В соответствии с Перечнем факторов и (или) Перечнем работ.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

М.П.