

НАПРАВЛЕННЯ
на обов'язковий попередній медичний огляд працівника

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Обрана професія (посада) за ДК 003:2005 _____

Характеристика умов праці:

(назва шкідливих та небезпечних факторів і N пункту
та підпунктів Переліку шкідливих та небезпечних
факторів виробничого середовища і трудового процесу,
при роботі з якими обов'язковий попередній (періодичні)
медичний огляд працівників)

(назва робіт і N пункту та підпунктів Переліку робіт,
для виконання яких є обов'язковим попередній
(періодичні) медичний огляд працівників)

Підпис уповноваженої
роботодавцем особи

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Дата _____

(число, місяць, рік)

Зворотний бік

ЗАТВЕРДЖЕНО

Заступник головного лікаря
з лікувальної роботи

(підпис)

(прізвище, ім'я
та по батькові)

М.П.

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Працевлаштовується за професією (посадою) _____

Висновок медичної комісії

Придатний (не придатний) до роботи _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

за професією за ДК 003:2005 _____
(перелічити фактори виробничого середовища)

у несприятливих умовах праці.

Лікар-терапевт цехової (територіальної,
лікарняної) дільниці

Особиста печатка

Заступник головного лікаря
з лікувальної роботи

Печатка закладів охорони здоров'я

Дата " ____ " _____