# Форма Заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра

**Приложение N 5**

**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, утв. Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ф.И.О. |
| 2. | Место работы: |
| 2.1. | Организация (предприятие) |
| 2.2. | Цех, участок |
| 3. | Профессия (должность) (в настоящее время)  Вредный производственный фактор или вид работы**\*** |
| 4. | Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра  (обследования): **не имеет** медицинских противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами. |

Председатель врачебной комиссии ( )

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

« » 20 г.

( ) «\_ » 20 г.

(подпись работника (Ф.И.О.)

(освидетельствуемого))

* Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ.