Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Медицинская документация
Форма № 003-П/У

_____

_____

(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 (профессия, работа)** _____

4. Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе/заключение не дано** *(нужное подчеркнуть)*

1.Передается работодателю и приобщается к личному делу работника (освидетельствуемого).
**** Перечислить в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ**

_____(_____) «_____»_____20___г.
(подпись работника) (Ф.И.О.) (освидетельствуемого)

Председатель врачебной комиссии _____(_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. «___»_____20__г.