# **В соответствии**

# **с** [**Порядком**](file:///Z%3A%5C%D0%90%D0%A6%D0%A1%D0%9F%5C%D0%9E%D0%B1%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%BA%5C%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%B9%5C%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%20%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BA%D0%B8.docx#sub_3000) **проведения обязательных предварительных и периодическихмедицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой**

# **статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации,утв. Приказом Министерства здравоохранения РФот 28 января 2021 г. N 29н**

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ф.И.О.: |
| 2. | Дата рождения: |
| 3. | Пол: |
| 4. | Место работы |
| 4.1. | Организация (предприятие): |
| 4.2. | Структурное подразделение: |
| 5. | Профессия (должность) (в настоящее время): **электрогазосварщик**Вид работ: **сварочные работы**Вредный производственный фактор\*:п.3.1.7. Сварочные аэрозоли;п.4.2.1. Электромагнитное излучение оптического диапазона (ультрафиолетовое излучение);п.4.4. Шумп.5.1. Тяжесть трудового процесса |
| 6. | Результаты осмотра: медицинские противопоказания к работе выявлены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания)или медицинские противопоказания к работе не выявлены.  |

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Перечислить в соответствии с Приложением к [Порядку](file:///Z%3A%5C%D0%90%D0%A6%D0%A1%D0%9F%5C%D0%9E%D0%B1%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%BA%5C%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%B9%5C%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%20%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BA%D0%B8.docx#sub_3000) проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н)