Приложение 4

к приказу от 28.05.2012 № 115/641-осн/70

**Временная форма направления на предварительный (периодический) медицинский осмотр**

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

|  |
| --- |
|  |
| (наименование работодателя (организации, предприятия), |

форма собственности, вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

|  |
| --- |
|  |

(адрес работодателя (организации, предприятия) |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОКВЭД  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)**

*(нужное подчеркнуть)*

|  |  |
| --- | --- |
| Направляется в |  |
|  | (наименование медицинской организации, |
|  фактический адрес ее местонахождения, код ОГРН) |
| 1. | Ф.И.О. |  |
| 2. | Дата рождения |  |
| (число, месяц, год) |
| 3. | Поступающий на работу / работающий *(нужное подчеркнуть)* |
| 4. | Структурное подразделение (цех, участок): |  |
| 5. | Должность (профессия): |  |
| 5. | Вид работы, в которой работник освидетельствуется: |  |
|  |  |
| 7. | Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется: |  |
| 8. | Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них: |  |
|  |  |
|  |  |
| 9. | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы *(в соответствии с Приложением №1 к приказу МЗ СР РФ от 28.01.2021г. №29н)* |
| 9.1. | Химические факторы |  |
|  |  |
| (номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить) |
| 9.2. | Физические факторы |  |
|  |  |
| (номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить) |
| 9.3. | Биологические факторы |  |
|  |  |  |
| (номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить) |
| 9.4. | Тяжесть труда (физические перегрузки) |  |
|  |  |
| (номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить) |
| 10. | Профессия (работа) *(в соответствии с Приложением №2 к приказу МЗ СР РФ от 28.01.2021г. №29н)* |
|  |  |
|  |  |
| (номер пункта или пунктов, перечислить) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность уполномоченного представителя) |  | (подпись уполномоченного представителя) |  | (Ф.И.О.) |

 МП

\* *Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).*