УТВЕРЖДАЮ:

 Директор ООО « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, фамилия, инициалы)

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

С**писок контингентов сотрудников , подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра,**

**в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н в\_\_\_\_\_\_\_ году**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ »**

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование предприятия, ИНН, ОГРН, ОКВЭД, форма собственности, адрес)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование структурного подразделения (цеха, участка)** | **Наименование профессии, должности работника согласно штатного расписания** | **Количество работающих**  | **Вредные и / или опасные производственные факторы и работы** | **№ п/п по приказу МЗ РФ № 302н от 12.04.2011**  | **Периодичность осмотра** |
| **мужчин** | **женщин до 40 лет** | **женщин после 40****лет** |
| **1** | **2** | **3** |  |  |  | **5** | **6** | **7** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Должностное лицо

(представитель работодателя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, И.О.Ф.) Е-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: (код города) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_