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 от 12 апреля 2011 г. N 302н**

Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

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

Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. Ф.И.О.
2. Место работы:
   1. Организация (предприятие)
   2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время)

Вредный производственный фактор или вид работы[[1]](#footnote-1)

1. 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))

1. Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ. [↑](#footnote-ref-1)