

---

(наименование медицинской

организации, код по ОГРН)

адрес \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

адрес \_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_, факс \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

#### Направление

на предварительный (или: периодический) медицинский осмотр

В соответствии с п. п. 7, 8 Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н, \_\_\_\_\_

---

(наименование работодателя; форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

направляет на \_\_\_\_\_ медицинский осмотр

(предварительный или периодический)

1. фамилия, имя, отчество лица, поступающего на работу/работника:

\_\_\_\_\_.

2. дата рождения лица, поступающего на работу/работника: \_\_\_\_\_.

3. наименование структурного подразделения работодателя (при наличии),  
в котором будет занято лицо, поступающее на работу/занят работник:

\_\_\_\_\_.

4. наименование должности (профессии) или вида работы: \_\_\_\_\_.

5. вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы  
в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников,  
подлежащих предварительным (периодическим) осмотрам: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(должность уполномоченного представителя (подпись) (ф.и.о.)

работодателя)