
(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)