
(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)