
(наименование ЛПУ)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО
(ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА
(ОБСЛЕДОВАНИЯ) № _____**

« _____ » _____ 20 ____ г.

1. ФИО _____

2. Дата рождения _____

3. Место работы _____

3.1. Организация (предприятие): _____

3.2. Наименование структурного подразделения: _____

3.3. Профессия (должность) _____

4. Вредный производственный фактор или вид работы _____

Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра: не имеет / имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано (нужное подчеркнуть)

ФИО освидетельствуемого (подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Председатель врачебной комиссии (ФИО) _____

(подпись)

М.П.