Приложение 7

к Инструкции о порядке

проведения обязательных и внеочередных

медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка

(углового штампа)

**Список работников, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, адрес ее места нахождения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Число, месяц, год рождения  | Адрес места жительства (места пребывания)  | Профессия (должность) | Вредные и (или) опасные производственные факторы1, класс опасности химического вещества1, вид выполняемых работ2  | Класс условий труда по вредным и (или) опасным производственным факторам3  | Периодичность проведения периодического медосмотра  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего \_\_\_\_ человек.

Руководитель юридического лица

(обособленного подразделения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Указываются вредные и (или) опасные производственные факторы (факторы производственной среды и факторы трудового процесса), указанные в графе 2 приложения 1, и (или) класс опасности химического вещества, указанного в графе 2 приложения 1.

2 Указывается вид выполняемых работ, указанных в графе 2 приложения 3.

3 Указывается класс условий труда по результатам оценки условий труда по каждому вредному и (или) опасному производственному фактору (фактору производственной среды и фактору трудового процесса).

***Подлежит медицинскому осмотру … человек. Ориентировочное время прохождения медосмотра – с … по … (месяц) по … человек в день.***