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.***