НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Направление

на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)

№\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляется

1. Ф. И. О.

2. Дата рождения

**16.12.1973**

                                                                     (число, месяц, год)

3. Полных лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Вид медицинского осмотра (предварительный или периодический)

(нужное подчеркнуть)

5. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором будет занято лицо, поступающее на работу (занят работник);

**Медицинский кабинет (иммунопрофилактики) центра (терапевтический)**

6. наименование должности (профессии) или вида работы:

**Мединская сестра процедурной кабинета (иммунопрофилактики)**

7. Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным (периодическим) осмотрам

**п. 17 прил. № 2, п. 2.4 прил. № 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специалист по кадрам | ***Шостка*** | **Шостка**  **Марина Валерьевна** |
| (должность уполномоченного представителя) | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф. И. О.) |