

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООО " _____ "

_____ " ____ " _____ 20 ____ г.

Поименный список лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам

1. Наименование организации _____
2. Юридический адрес _____

N п/п	ФИО работника	Дата рождения работника	Наименование структурного подразделения	Профессия (должность) работника согласно штатному расписанию		Стаж работы во вредных и (или) опасных условиях труда		Наименование вредных производственн ых факторов или видов работ по приказу Минздрава РФ от 28.01.2021 N 29н	Класс условий труда	N пункта приказа Минздрава РФ от 28.01.2021 N 29н	Дата последнего медицинского осмотра
				название	код	общий	в данной организации				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Специалист по охране труда _____