

**Направление на медицинский осмотр N \_\_\_\_\_**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН) направляется на \_\_\_\_\_ (предварительный либо периодический) медицинский осмотр лицо, поступающее на работу (работник) \_\_\_\_\_ (ОПФ и наименование работодателя, юридический адрес, форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Наименование структурного подразделения работодателя, в котором будет занято лицо, поступающее на работу (работник)	
Наименование должности (профессии) или вида работы	
Вид работы (наименование, пункт Перечня работ)	
Вредные и (или) опасные производственные факторы (наименование, пункт Перечня факторов)	

Уполномоченный представитель работодателя:

\_\_\_\_\_  
должность, фамилия, инициалы

\_\_\_\_\_  
подпись

Направление получил:

\_\_\_\_\_  
фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника)

\_\_\_\_\_  
подпись