
(наименование или Ф.И.О. работодателя, ИНН, адрес)

ПРИКАЗ N ____

от " ____ " ____20__ г.

Об организации проведения предварительных и периодических медосмотров

В соответствии со статьей 213 Трудового кодекса РФ и приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры",

приказываю:

1. Утвердить Перечень профессий (должностей) работников, подлежащих предварительным (периодическим) медосмотрам, и наименования вредных и (или) опасных производственных факторов, а также видов работ, предполагающих прохождение предварительных (периодических) медосмотров (Приложение N 1).

2. [должность, Ф.И.О.] при поступлении вновь принятого работника по профессии (должности), указанной в утвержденном Перечне, направлять на предварительный медицинский осмотр в медицинскую организацию. Форма направления - Приложение N 2.

3. Руководителям производственных подразделений:

3.1. Не допускать до работы работников, не прошедших в установленном порядке медицинский осмотр и не имеющих заключение медицинской организации о допуске к работе.

3.2. Направлять работников на периодический медицинский осмотр с периодичностью, указанной в Приложении N 2.

4. [должность, Ф.И.О.] заключить договоры на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, а также предусмотреть финансирование расходов на проведение медицинских осмотров в смете затрат.

5. Возложить контроль за проведением медицинских осмотров на [должность, Ф.И.О.].

6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

С приказом ознакомлены:

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

(наименование или Ф.И.О. работодателя, электронная почта, контактный телефон, форма собственности и вид экономической деятельности по ОКВЭД, ИНН, адрес)

Направление N ____

от " ____ " ____ 20__ г.

(наименование или Ф.И.О. работодателя) направляет на медицинский осмотр в

(наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН, электронная почта, контактный телефон)

Г-а

(Ф.И.О., дата рождения, пол работника, номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования)

(должность (профессия) или вид работ, структурное подразделение)

вид медицинского осмотра

(предварительный или периодический)

(ненужное зачеркнуть)

для работы

(наименование вредных и (или) опасных производственных факторов, а также вид работы в соответствии со списком лиц, поступающих на работу, подлежащих предварительным медосмотрам / списком работников, подлежащих периодическим медосмотрам)

Генеральный директор

(подпись)

(Ф.И.О.)

Направление получил

(Ф.И.О., дата, подпись)

Направление оформляется в двух экземплярах.

Направление выдается лицу, поступающему на работу (работнику), под роспись.

Направление может быть сформировано в электронном виде с использованием электронных подписей работодателя и лица, поступающего на работу.

Работодатель (его представитель) обязан организовать учет выданных направлений, в том числе в электронном виде.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель трудового коллектива

(Ф.И.О.)

" ____ " ____ 20__ г.

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор

(Ф.И.О.)

" ____ " ____ 20__ г.

Перечень

профессий и видов работ, предполагающих прохождение предварительных (периодических) медосмотров согласно приказу Минздрава России от 28.01.2021 N 29н "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры"

N п.п.	Профессия, должность	Наименование вредного и (или) опасного производственные фактора, вида работы	Периодичность медосмотра

Специалист по ОТ

(подпись)

(Ф.И.О.)