|  |
| --- |
| Название МО Адрес МО Телефон МО  **Заключение по результатам ТИП медицинского осмотра**  Ф.И.О.: **Фамилия Имя Отчество**  Пол: **П**  Дата рождения: **Дата**  Наименование работодателя: **Название**  Структурное подразделение: **Подразделение**  Должность (профессия): **Профессия**  Вредные производственные факторы и (или) виды работ (в соответствии с приложением к приказу МЗ РФ от 28.01.2021 г. № 29н): **Пункты**  Медицинское заключение**: Результат. Заключение**  Группа здоровья:  Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  М.П. Дата выдачи: **Дата** |