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** |