

## Приложение 5

## Форма Заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра

Приложение N 5  
к Порядку проведения обязательных предварительных  
(при поступлении на работу) и периодических  
медицинских осмотров (обследований) работников,  
занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и  
(или) опасными условиями труда,  
утв. приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития РФ [8]

Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. ФИО
2. Место работы:
  - 2.1. Организация (предприятие)
  - 2.2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
Вредный производственный фактор или вид работы<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
4. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): **не имеет** медицинских противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами.

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(подпись)

(ФИО)  
М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(подпись работника (освидетельствуемого)) (ФИО)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Согласно сведениям, указанным в трудовой книжке или справке с места работы.

<sup>2</sup> Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ (Приложение 1 и Приложение 2 к [8]).