Приложение № 7.

_____
(наименование медицинской организации)
_____
(адрес)

Код ОГРН: | | | | | | | | | | | | | |

Заключение по результатам предварительного / периодического /внеочередного медицинского осмотра

1. Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество (при наличии): _____
2. Пол лица, поступающего на работу: **М Ж**
3. Дата рождения: _____ г.
4. Наименование работодателя: _____
5. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии):
_____
6. Должность (профессия) или вид работы: _____
7. Наименование вредного производственного фактора (ов), и (или) вида работы:
_____
_____
8. Результаты предварительного (периодического, внеочередного) осмотра:
8.1 медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания):
_____
8.2 медицинские противопоказания к работе не выявлены
9. Группа здоровья работника: I II IIIа IIIб

Председатель врачебной комиссии: _____ (_____) «____» _____ 202_ г.
(ФИО) (подпись)

М.П.
(печать медицинской организации)
(при наличии)