**Рекомендуемый образец Направления на медицинский осмотр.**

|  |  |
| --- | --- |
| **НАПРАВЛЕНИЕ №**  **на медицинский осмотр**  Дата выдачи: | |
|  | |
| **РАБОТОДАТЕЛЬ** | |
| Наименование |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| Форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД |  |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** | |
| Наименование медицинской организации |  |
| Фактический адрес ее местонахождения |  |
| Код медицинской организации по ОГРН |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| **ВИД МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**  **Предварительный периодический** | |
| **РАБОТНИК** | |
| Ф.И.О. (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Пол |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) |
| Наименования должности (профессии), или вида работ |
| Наименование вредных производственных факторов или видов работ, в соответствии со списком контингента |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного и(или) добровольного медицинского страхования |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Уполномоченный представитель работодателя:** | | |
| **должность, фамилия, инициалы** |  | **подпись** |
|  | | |
| **Направление получил:** | | |
| **фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника)** |  | **подпись** |