ЗАТВЕРДЖЕНО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва посади керівника організації)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування підприємства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (ініціали, прізвище)

М. П.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

**СПИСОК**

**працівників, які підлягають періодичним медичним оглядам**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у 201\_\_ році

(найменування підприємства)

| **Табельний**  **№ з/п** | **Цех, дільниця** | **Прізвище, ім’я, по батькові** | **Стать**  **(ч/ж)** | **Дата і рік народження** | **Професія**  **(посада)**  **за ДК**  **003:2005** | **Стаж**  **роботи в даних умовах** | **Дата останнього огляду** | **Назва шкідливих та небезпечних факторів і № пункту та під пунктів Переліку шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу, при роботі з якими обов’язковий попередній (періодичні) медичний огляд працівників** | **Назва робіт і № пункту та підпунктів Переліку робіт, для виконання яких є обов’язковим попередній (періодичні) медичний огляд працівників** | **Підлягає**  **огляду** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **лікарів** | **лабораторні, функціональні та інші дослідження**  **(указати, які)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1 Графи 11 та 12 заповнюються комісією закладів охорони здоров’я, що проводить медичний огляд.

Уповноважена роботодавцем особа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(підпис) (ініціали, прізвище)

Погоджено:

Лікар з гігієни праці *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

М. П. (підпис) (ініціали, прізвище)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата)

**Примітка.** Наведено згідно з додатком 2 до пункту 2.3 Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21.05.2007 № 246.