Приложение № 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| развития Российской Федерации   |  | | --- | | ГУЗ "Ульяновский обл. клинический центр профпатологии" |   (наименование организации работодателя)   |  | | --- | |  | | (форма собственности, вид экономической деятельности по ОКВЭД) |   (адрес, телефон) |

**НАПРАВЛЕНИЕ на предварительный (периодический) медицинский осмотр**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Направляется в | | Филиал №7 КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический  диспансер №1», г Ачинск, ул. Гагарина, д 6,  Код ОГРН1102468019356 | | | |
|  | | (наименование медицинской организации, фактический адрес местонахождения, код по ОГРН) | | | |
| 1.Ф.И.О. |  | | | | |
| 2. Дата рождения | | |  | | |
|  | | | (число, месяц, год) | | |
| 3.Поступающий на работу- работающий (нужное подчеркнуть) | | | | | |
| 4 Цех, участок | | | |  | |
| 5 Наименование профессии (должности) или вида работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | |  |
| 6. Вредные и (или) опасные производственные факторы и вид работы :  (в соответствии с приказом 302н) | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность уполномоченного представителя) |  | (подпись уполномоченного представителя) |  | (Ф.И.О.) |

МП