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