

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Приложение № 5  
к **Порядку проведения обязательных  
предварительных (при поступлении на  
работу) и периодических медицинских  
осмотров (обследований) работников,  
занятых на тяжелых работах и на работах с  
вредными и (или) опасными условиями  
труда, утвержденному приказом № 302н  
Министерства здравоохранения России от  
12.04.2011 г.**

## ОБРАЗЕЦ

### Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)\*

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_
3. Место работы (учёбы): \_\_\_\_\_
- 3.1. Организация (предприятие) \_\_\_\_\_
- 3.2. Цех, участок \_\_\_\_\_
4. Профессия (должность) (в настоящее время) \_\_\_\_\_
5. Вредный производственный фактор или вид работы\*\* \_\_\_\_\_
6. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования):  
не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами  
и производственными факторами, заключение не дано\*\* (нужное подчеркнуть)
7. Заключение:  
- годен к работе в указанной профессии в контакте с заявленными производственными факторами  
и (или) работами  
- годен с ограничениями к работе в указанной профессии  
- не годен  
(соответствующее подчеркнуть)
8. Решение врачебной комиссии (ВК) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (Ф.И.О.)  
(подпись)

М.П. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2017 г.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2017 г.  
(подпись работника (Ф.И.О.)  
(освидетельствуемого))

\* Передается работодателю и приобщается к личному делу работника (освидетельствуемого).

\*\* Перечислить в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ.