|  |
| --- |
| **Утверждаю:** |
| **Представитель работодателя** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Должность, ФИО, подпись |
|  |
| **"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.** |
| **М.П.** |

**Поименный список лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (обследованиям) в 20\_\_ году (ФОРМА)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия Имя Отчество** | **Пол** | **Дата рождения** | **Профессия (должность) работника** | **Стаж работы в профессии (должности)** | **Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии)** | **Наименование вредного** **производственного фактора или** **вида работы** | **номера пунктов в соответствии с приложением к Приказу № 29н вредных производственных факторов, работ , а также вредных производственных факторов, установленных в результате СОУТ** |
|
|  | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| **1** |   |   |   |   |  |  |   |   |
| **2** |   |   |   |   |  |  |   |   |
| **3** |   |   |   |   |  |  |   |   |
| **4** |   |   |   |   |  |  |   |   |
| **5** |   |   |   |   |  |  |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Уполномоченный представитель работодателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |
|  |  |  |  |  | Должность, ФИО, подпись |  |  |