

**НАПРАВЛЕННЯ**  
**на обов'язковий попередній медичний огляд працівника**

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

Рік народження \_\_\_\_\_

Обрана професія (посада) за ДК 003:2010 \_\_\_\_\_

Характеристика умов праці:

**Аерозолі, що утворюються при зварюванні - Д 4 п.3.9**

Назва шкідливих та небезпечних факторів і № пункту та підпунктів 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

Підпис

уповноваженої

роботодавцем

особи

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Дата \_\_\_\_\_

(число, місяць, рік)

(зворотний бік)

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Заступник головного лікаря  
з лікувальної роботи

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

М. П.

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

Рік народження \_\_\_\_\_

Працевлаштовується за професією (посадою) \_\_\_\_\_

**Висновок медичної комісії**

Придатний (не придатний) до роботи \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

за професією за ДК 003:2010 **Д 4 п.3.9** \_\_\_\_\_

(перелічити фактори виробничого середовища)

у несприятливих умовах праці.

Лікар-терапевт цехової (територіальної, лікарняної) дільниці

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Особиста печатка

Заступник головного лікаря з лікувальної роботи

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Печатка ЛПЗ

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_