Приложение № 2

к Санитарному регламенту по

надзору за здоровьем лиц,

подверженных воздействию факторов

профессионального риска

**Карта**

**направления на медицинский осмотр**

Предприятие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фискальный код: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вид деятельности: ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРОШУ**

**провести медицинский осмотр для:**

**ТРУДОУСТРОЙСТВО** [ ..... ]

**АДАПТАЦИЯ** [ ..... ]

**ВОЗОБНОВЛЕНИЕ РАБОТЫ** [ ..... ]

**СМЕНА РАБОЧЕГО МЕСТА** [ ..... ]

**ДРУГИЕ**  [ ..... ]

в соответствии с пунктом 6 статьи 30 Закона №10-XVI от 3 февраля 2009 года о государственном надзоре за общественным здоровьем и пунктом m) статьи 13 и статей 21 Закона № 186-XVI от 10 июля 2008 года об охране здоровья и безопасности труда,

господина/госпожу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

родившегося (уюся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ персональный код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

профессия/занятие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

которого (ую) предстоит принять на должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на рабочее место:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

цех/участок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осматриваемое лицо будет осуществлять деятельность по месту работы, которая представляет профессиональные риски, детально изложенныев **Карте идентификации факторов профессионального риска**, прилагаемой к этому направлению.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работодатель

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

(подпись)