

**Информация о работодателе:**

|  |
| --- |
|  |
| (Полное наименование организации) |
|  |
| (ИНН) |
|  |
| (Адрес электронной почты) |
|  |
| (Контактный телефон) |
|  |
| (ОКВЭД) |

Направление на ПЕРИОДИЧЕСКИЙ медицинский осмотр

в медицинский центр «Профосмотр»

г. Екатеринбург, ул. Белинского, д. 86, (**вход №2**), тел.: 8 (343) 363-05-40

|  |  |
| --- | --- |
| Дата выдачи направления |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пол: мужской, женский *(нужное подчеркнуть)* | Дата рождения |  |

Г.

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС |  |
| Профессия (должность) |  |
| Наименование структурного подразделения |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов и видов работ**\*** | Код фактора по приказу МТ и МЗ РФ от 31.12.2020г. №988н/1420н и приказу МЗ РФ №29н от 28.01.2021г. | Классусловий труда |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***\*****Профиль работ для п. 23 приказа МЗ РФ от 28.01.2021г. №29н.*

* *1. Работники в организациях сельского хозяйства;*
* *2. Работники пунктов, баз, складов хранения, реализации и транспорта*

*пищевой продукции и продовольственного сырья;*

* *3. Ничего из вышеперечисленного.*

Уполномоченный представитель работодателя:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| *(должность)* |  |  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

\* - без печати организации направление недействительно!