

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель организации
Подпись, Ф.И.О

« ____ » _____ 201_ г.
М.П.

**Поименный список лиц, подлежащих периодическим
медицинским осмотрам (обследованиям) в 20 __ году**

№№ пп	Фамилия, Имя, Отчество	Пол	Число, месяц, год рожде-ния	Наименование профессии (должности) работника согласно штатному расписанию	Наименовани е вредных и (или) опасных производстве нных факторов, работ *	№№ пунктов по Приложениям № 1 и 2 к Приказу МЗ и СР РФ от 12.04. 2011г. № 302н **	Стаж работы с указанными Факторами (лет)	Дата прохождения последнего медосмотра	
								В ЛПУ	В ЦПП
1.	2.	3.	4.	6.	7.*	8.**	9.	10.	11.
1									

Должностное лицо
(представитель работодателя) _____

* Графа заполняется в строгом соответствии с Приложениями № 1 и 2 к Приказу Министерства

** Графа заполняется в строгом соответствии с Приложениями № 1 и 2 к Приказу Министерства