

Додаток 3
до Порядку організації та проведення
обов'язкових медичних оглядів працівників
певних категорій
(пункт 11 розділу III)

Направлення на ОМО

Вид ОМО: попередній, періодичний, позачерговий (потрібне підкреслити)

Прізвище _____

Власне ім'я _____

По батькові (за наявності) _____

Дата народження _____

Реквізити документа, що посвідчує особу _____

Стаж роботи загальний _____

за обраною професією _____

Обрана професія (посада) за ДК 003:2010* _____

Характеристика умов праці: _____

Назва шкідливих та небезпечних виробничих факторів, важкості та напруженості трудового процесу та номер рядків таблиці Переліку шкідливих чи небезпечних виробничих факторів і факторів трудового процесу, при роботі з якими обов'язковий попередній (періодичні) медичний огляд працівників, згідно з додатком 4 до цього Порядку та Переліку робіт, для виконання яких є обов'язковим попередній (періодичні) медичний огляд працівників, згідно з додатком 5 до цього Порядку _____

Роботодавець / представник кадрової служби

М. П. (за наявності)

_____ (підпис)

_____ Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

Дата _____

(число, місяць, рік)

(зворотний бік)

Прізвище _____

Власне ім'я _____

По батькові (за наявності) _____

Дата народження _____

Працевлаштовується за професією (посадою) _____

Висновок Комісії

Придатний (не придатний) до роботи _____

придатний до роботи тільки на термін (строк) _____

за професією за ДК 003:2010* _____

у несприятливих умовах праці _____
(перелічити виробничі фактори)

* Національний класифікатор України «Класифікатор професій» ДК 003:2010, затверджений наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 28 липня 2010 року № 327.

Голова Комісії

_____ (підпис)

_____ Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

М. П. (за наявності)

Медичний директор (керівник ЗОЗ)

_____ (підпис)

_____ Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

М. П. (за наявності)