# Форма Заключения предварительного (периодического) медицинского осмотра сварщика

**Приложение N 5 к Порядку проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических**

**медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и**

**(или) опасными условиями труда, утв. Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

**от 28.01.2021 г. N 29н**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. Ф.И.О.
2. Место работы:
	1. Организация (предприятие)
	2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время)

Вредный производственный фактор или вид работы**\***

1. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): **не имеет** медицинских противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами.

Председатель врачебной комиссии ( )

М.П.

(подпись) (Ф.И.О.)

« » 20 г.

 ( ) «\_ » 20 г.

(подпись работника (Ф.И.О.)

(освидетельствуемого))

\* Перечислить в соответствии с **Перечнем** вредных факторов и **Перечнем** работ.

# Форма документа об отсутствии медицинских противопоказаний к работе сварщиком, оформляемого за пределами РФ

(наименование медицинской организации)

(адрес)

### Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)

1. Ф.И.О.
2. Место работы:
	1. Организация (предприятие)
	2. Цех, участок
3. Профессия (должность) (в настоящее время)

Вид работы: **сварочные работы**

1. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): **не имеет** медицинских противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами.

Председатель врачебной комиссии ( )

М.П.

(подпись) (Ф.И.О.)

« » 20 г.

 ( ) «\_ » 20 г.

(подпись работника (Ф.И.О.)

(освидетельствуемого))