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

(наименование медицинской организации, код по ОГРН,

адрес места нахождения)

**Заключение №**

**по результатам предварительного медицинского осмотра**

С по произведен предварительный медицинский осмотр

1. .

2. Наименование работодателя: .

3. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы: .

4. Наименование вредного производственного фактора (-ов) и (или) вида работы: .

5. Результат медицинского осмотра (медицинские противопоказания выявлены, не выявлены): .

« » 202 .

Председатель медицинской комиссии

М.П.