|  |
| --- |
| **НАПРАВЛЕНИЕ №** \_\_\_\_\_\_**на медицинский осмотр**Дата выдачи: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года |
| **РАБОТОДАТЕЛЬ** |
| Наименование  |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| Форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД |  |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** |
| Наименование медицинской организации |  |
| Фактический адрес ее местонахождения |  |
| Код медицинской организации по ОГРН |  |
| Электронная почта |  |
| Контактный телефон |  |
| **ВИД МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА** (нужное подчеркнуть) |
| предварительный | периодический |
|  |
| **РАБОТНИК** |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Пол |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) |  |
| Наименования должности (профессии), или вида работ |  |
| Вредные и(или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента |  |
| Номер медицинского страхового полиса обязательного и(или) добровольного медицинского страхования |  |

|  |
| --- |
| Уполномоченный представитель работодателя: |
|  |  |
| должность |  |
|  |  |  |
| фамилия, инициалы |  | подпись |
| Направление получил: |
|  |  |  |
| фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника) |  | подпись |

\* Работнику представить в медицинскую организацию вместе с направлением следующие документы:

1. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета, или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета в форме электронного документа или на бумажном носителе.

2. Паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность).

3. Решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных статьей 213 Трудового кодекса Российской Федерации).

4. Полис обязательного (добровольного) медицинского страхования.