

### Направление на медицинский осмотр

Наименование образовательного учреждения	<b>ФГБОУ ВО УГНТУ</b>
Форма собственности:	Государственная
Вид экономической деятельности по ОКВЭД:	80.30 Образование
Наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и код по ОГРН:	
Вид медицинского осмотра (предварительный или периодический):	Предварительный
Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Наименование структурного подразделения, в котором будет занято лицо, поступающее в образовательное учреждение:	Технология продукции и организация общественного питания (БТПР)
Категория обследуемого лица	Бакалавр, магистр

Вредные и (или) опасные производственные факторы, а также виды работ в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №302н от 12.04.2011 г.

Наименование фактора (вида работы)	Номер и пункт приказа
Работы в организациях пищевой промышленности, молочных и раздаточных пунктах, на базах и складах продовольственных товаров, где имеется контакт с пищевыми продуктами в процессе их производства, хранения, реализации, в том числе работы по санитарной обработке и ремонту инвентаря, оборудования, а также работы, где имеется контакт с пищевыми продуктами при транспортировке их на всех видах транспорта	Приложение 2 п. 14.
Работы в организациях общественного питания, торговли, буфетах, на пищеблоках, в том числе на транспорте	Приложение 2 п. 15.

\_\_\_\_\_ (наименование медучреждения, выдавшего заключение)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Заключение № \_\_\_\_\_

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

**1. СВЕДЕНИЯ О ПОСТУПАЮЩЕМ:**

Ф.И.О \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ ПОЛ \_\_\_\_\_

**2. СВЕДЕНИЯ ОБ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ:**

НАИМЕНОВАНИЕ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ: ФГБОУ ВО УГНТУ

НАИМЕНОВАНИЕ ФАКУЛЬТЕТА/ИНСТИТУТА \_\_\_\_\_

НАИМЕНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТИ) \_\_\_\_\_

**3. ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ:**

Наименование	№ приложения	Пункт

4. Согласно результатам проведенного предварительного/периодического медицинского осмотра (обследования):  
ИМЕЕТ/НЕ ИМЕЕТ медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами. Заключение: дано/не дано (нужное подчеркнуть).

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.