

Направление на медицинский осмотр

Наименование образовательного учреждения	ФГБОУ ВО УГНТУ
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:	Прикладная геология (ГЛ)
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 нефтяной газовой промышленности выполняемые в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, пустынных и других отдалённых и недостаточно обжитых районах, а также при морском бурении	Приложение 2 п. 4.1.
Геологоразведочные, строительные и другие работы в отдалённых, малонаселённых, труднодоступных, заболоченных и горных районах(в том числе вахтово-экспедиционным методом)	Приложение 2 п. 4.3.

(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.