Приложение 7

к Инструкции о порядке проведения

обязательных и внеочередных

медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка

(углового штампа)

**СПИСОК**

**работников, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Число, месяц, год рождения | Адрес места жительства (места пребывания) | Профессия (должность) | Вредные и (или) опасные производственные факторы <1>, класс опасности химического вещества <1>, вид выполняемых работ <2> | Класс условий труда по вредным и (или) опасным производственным факторам <3> | Периодичность проведения периодического медосмотра |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_человек.

Руководитель юридического лица

(обособленного подразделения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

<1> Указываются вредные и (или) опасные производственные факторы (факторы производственной среды и факторы трудового процесса), указанные в графе 2 приложения 1, и (или) класс опасности химического вещества, указанного в графе 2 приложения 1.

<2> Указывается вид выполняемых работ, указанных в графе 2 приложения 3.

<3> Указывается класс условий труда по результатам оценки условий труда по каждому вредному и (или) опасному производственному фактору (фактору производственной среды и фактору трудового процесса).