

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 5 мая 2016 г. № 282н

Форма

(наименование медицинской организации, адрес, код ОГРН)

**Медицинское заключение
о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ
от “ ___ ” _____ 20__ г. № _____**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

Место регистрации:
субъект Российской Федерации _____

район _____

город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ корпус (строение) _____ квартира _____

Наименование работодателя: _____

Наименование структурного подразделения работодателя, должности (профессии) или вида работы _____

Виды работ, к которым выявлены медицинские противопоказания _____

Заключение врачебной комиссии (нужное подчеркнуть):

1. Работник признан пригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.
2. Работник признан временно непригодным по состоянию здоровья к отдельным видам работ.
3. Работник признан постоянно непригодным по состоянию здоровья к отдельным видам работ.

Председатель врачебной комиссии

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Члены врачебной комиссии:

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

(подпись) _____ (расшифровка подписи)