

Приложение № 4

УТВЕРЖДАЮ:

Директор _____

(Ф.И.О.)

« » _____ 2020г.

СПИСОК

работников _____

(наименование организации)

подлежащих периодическому медицинскому осмотру в соответствии с приказами министерства здравоохранения и социального развития РФ: от 12.04.2011 № 302н, в ред. от 13.12.2019г. на 2020 год в Клинике профессиональной патологии и школьно-обусловленных заболеваний ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Пол	Подразделение	Профессия (должность)	Стаж работы в данной профессии	Тип медосмотра	Пункты вредностей по Приказу: № 302н,	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ИТОГО: чел., в том числе: мужчин – чел., мужчины старше 40лет – чел, женщин – чел., женщин старше 40 лет – чел.

Начальник ООТ и ПБ _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

« » _____ 2020г.

(дата)