|  |
| --- |
| **УТВЕРЖДАЮ**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_должность**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_название организации**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**  **«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.** |

**СПИСОК**

работников, подлежащих прохождению **периодического медицинского осмотра**,

с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы в соответствии

с Приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н

в 20\_\_\_\_\_\_году

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование структурного подразделения | Наименование профессии (должности) | Кол-во  человек  (из них женщин) | Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора.  Наименование выполняемых работ | Пункт приложения к Приложению №1 Приказа Минздрава России от 28.01.2021 N 29н | Периодичность осмотров |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |