**УТВЕРЖДАЮ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_должность**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_название организации**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**

**«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

**Поименный список**

работников подлежащих **периодическим медицинским осмотрам** в 20\_\_\_\_\_\_\_г.

в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Пол  (муж/  жен) | Наименование  структурного подразделения | Наименование должности, профессии работника | Домашний адрес | Дата рождения | Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования | Стаж работы с вредным производственным фактором (полных лет) | Пункт Приложения к Прил.1 Приказа МР №29н от 28.01.2021 | Наименования вредных производственных факторов, видов работ |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |