**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на медицинский осмотр врачом-психиатром № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование работодателя:

Код по ОКВЭД

Адрес организации:

Наименование медицинской организации:

Адрес медицинской организации:

Код по ОГРН

Вид медицинского осмотра (предварительный/периодический)

(нужное подчеркнуть)

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество)

Пол \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения

Наименование структурного подразделения:

Профессия, должность:

Стаж работы:

Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора или вида работ в соответствии с утвержденным контингентом работников** | **№ фактора по Приказу Минздравсоцразвития**  **№988н/1420н от 31.12.2020 г.** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6. |  |  |

По результатам психиатрического освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заключение врача-психиатра о его (ее) годности (негодности) к выполнению поручаемой работы прошу выдать на руки обследуемому.

Представитель работодателя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» 20\_\_\_\_ г.

подпись ФИО должность

МП