**Направление на предварительный медосмотр**

Наименование работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма собственности и вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД:\_\_\_\_\_

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

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

Наименование медицинской организации, фактический адрес: МБУЗ Ремонтненского района

Место нахождения: 347480 с. Ремонтное, ул. Советская, 72 Ростовской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по ОГРН:1026101536482

Вид медицинского осмотра (предварительный или периодический)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия имя отчество поступающего на работу (работника) |  |
| Дата рождения(работника) |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии) |  |
| Наименование должности (профессии) или вида работы |  |
| Вредные (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным (периодическим) осмотром | **В случае если направляется кандидат на должность муниципальной службы в этой графе необходимо указать** **1-ГС** |

Направление подписывается уполномоченным представителем работодателя с указанием его должности, фамилии, инициалов.