Организация (предприятие)
_____
(наименование организации (предприятия), форма собственности, отрасль экономики
_____
_____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Медицинская документация
Форма № 001-П/У

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)[1]

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий/работающий (соответствующее подчеркнуть)

4. Цех, участок_____

5. Профессия (Должность), в которой освидетельствуется_____

6. Стаж работы в данной профессии (работе)_____

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них _____

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

---

9. Профессия (работа) _____
(номер строки в соответствии с Перечнем работ, перечислить)

10. Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования: [**вписать нужное**].

_____

(должность уполномоченного представителя) (подпись уполномоченного представителя) (Ф.И.О.)

Для прохождения предварительного (периодического)медицинского осмотра при себе иметь:

1. направление;
2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
3. паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность);
4. полис обязательного (добровольного) медицинского страхования.

---

[1] Заверяется подписью работодателя (его представителя), печатью организации и приобщается к медицинской карте амбулаторного больного и паспорту здоровья работника.