

Штамп
Медицинской организации

**Заключение по результатам предварительного (периодического)
медицинского осмотра № _____**

1. Ф.И.О., поступающего на работу

Иванов Иван Иванович

2. Дата рождения: ***25.07.2000*** г. пол: ***М***

3. Наименование работодателя

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России

4. Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии):

Факультет экономики и права

5. Наименование должности (профессии) или вида работы:

абитуриент

6. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительным осмотрам работы (в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ Приказа МЗ от 28.01.2021г. №29н):

Приложение п.16 (VI)

7. Результат медицинского осмотра (медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами выявлены, не выявлены)

Выявлены медицинские противопоказания.

Председатель комиссии, врач профпатолог:

МП _____

/ФИО/

Дата выдачи заключения

« _____ » _____ 20 _____