

Приложение 6
к Инструкции о порядке проведения
обязательных и внеочередных
медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка
(углового штампа)

**СПИСОК
профессий (должностей) работников, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам**

№ п/п	Структурное подразделение (цех)	Профессия (должность)	Количество работников	Вредные и (или) опасные производственные факторы ¹ , класс опасности химического вещества ¹ , вид выполняемых работ ²	Класс условий труда по вредным и (или) опасным производственным факторам ³	Периодичность проведения периодического медосмотра	Дата проведения предыдущего периодического медосмотра
1	2	3	4	5	6	7	8

Руководитель юридического лица
(обособленного подразделения)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

_____ 20__ г.

¹ Указываются вредные и (или) опасные производственные факторы (факторы производственной среды и факторы трудового процесса), указанные в графе 2 приложения 1, и (или) класс опасности химического вещества, указанного в графе 2 приложения 1.

² Указывается вид выполняемых работ, указанных в графе 2 приложения 3.

³ Указывается класс условий труда по результатам оценки условий труда по каждому вредному и (или) опасному производственному фактору (фактору производственной среды и фактору трудового процесса).