

Приложение 7  
к Инструкции о порядке проведения  
обязательных и внеочередных  
медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка  
(углового штампа)

**СПИСОК  
работников, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам**

№ п/п	Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)	Число, месяц, год рождения	Адрес места жительства (места пребывания)	Профессия (должность)	Вредные и (или) опасные производственные факторы <sup>1</sup> , класс опасности химического вещества <sup>1</sup> , вид выполняемых работ <sup>2</sup>	Класс условий труда по вредным и (или) опасным производственным факторам <sup>3</sup>	Периодичность проведения периодического медосмотра
1	2	3	4	5	6	7	8

Всего \_\_\_\_\_ человек.

Руководитель юридического лица  
(обособленного подразделения)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Указывается вид выполняемых работ, указанных в графе 2 приложения 3.

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