

Приложение 4  
к Инструкции о порядке проведения  
обязательных и внеочередных  
медицинских осмотров работающих

**ПЕРЕЧЕНЬ  
организаций**

1. Закрытое акционерное общество «Атлант».
2. Открытое акционерное общество «Минский автомобильный завод» – управляющая компания холдинга «БЕЛАВТОМАЗ».
3. Открытое акционерное общество «Минский механический завод имени С.И.Вавилова» – управляющая компания холдинга «БелОМО».
4. Открытое акционерное общество «Управляющая компания холдинга «МИНСКИЙ МОТОРНЫЙ ЗАВОД».
5. Открытое акционерное общество «ИНТЕГРАЛ» – управляющая компания холдинга «ИНТЕГРАЛ».
6. Открытое акционерное общество «Минский тракторный завод».
7. Открытое акционерное общество «Нафтан».
8. Открытое акционерное общество «Гродно Азот».
9. Открытое акционерное общество «Гродножилстрой».
10. Открытое акционерное общество «Гомельский химический завод».
11. Открытое акционерное общество «Белорусский металлургический завод» – управляющая компания холдинга «Белорусская металлургическая компания».

Приложение 5  
к Инструкции о порядке проведения  
обязательных и внеочередных  
медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка  
(углового штампа)

**НАПРАВЛЕНИЕ  
нанимателя (работодателя)**

В \_\_\_\_\_  
(наименование организации (структурного (обособленного) подразделения)  
на \_\_\_\_\_ медосмотр  
(предварительный, периодический или внеочередной)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Вредные и (или) опасные производственные факторы (с указанием класса условий труда по каждому производственному фактору, класса опасности химического вещества)<sup>1</sup>  
и (или) \_\_\_\_\_ вид \_\_\_\_\_ выполняемых \_\_\_\_\_ работ<sup>2</sup>

Основание для направления на внеочередной медицинский осмотр \_\_\_\_\_

Дата проведения предыдущего медицинского осмотра<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

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> Заполняется в случае проведения периодического медосмотра и (или) внеочередного медосмотра.

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 <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	Дата проведения предыдущего периодического медосмотра
1	2	3	4	5	6	7	8

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).

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).