

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**

(наименование организации, адрес ее места нахождения)							
№ 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)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

<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).

***Подлежит медицинскому осмотру ... человек.***