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)

N 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).

Подлежит медицинскому осмотру … человек.