# Утверждаю

# Начальник ………………

# ……………………………

# ……………………………

# «…»…………..20…..г.

# М.П.

# Список работников «название организации» занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих медицинскому осмотру

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | Пол | Дата рождения (число, месяц, год) | СНИЛС | Профессия | Стаж работы во вредных условиях (полных лет) | Вредный производственный фактор (код по справочнику) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |