

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**  
Государственное автономное профессиональное  
образовательное учреждение Мурманской  
области  
“Полярнозоринский энергетический колледж”  
(ГАПОУ МО “ПЭК”)



Курчатова ул., д.24, г. Полярные Зори,  
Мурманская область, 184230  
тел./факс (81532) 7-11-67; 7-47-63  
e-mail: pzcollege@mail.ru  
http://mypek.ru

№ \_\_\_\_\_  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)**

Направляется в ФГБУЗ МСЧ № 118 ФМБА России

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес \_\_\_\_\_
4. Вид медицинского осмотра: предварительный
5. Организация ГАПОУ МО «ПЭК»
6. Наименование специальности 40.02.03 Право и судебное администрирование
7. Вредные и (или) опасные производственные факторы (в соответствии с приложением 1,2 приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении Перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические осмотры (обследования)»):

Код	Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов
3.2.2.4.	Электромагнитное поле широкополосного спектра частот от ПЭВМ (работа по считыванию, вводу информации, работа в режиме диалога в сумме не менее 50% рабочего времени)
2/16	Работы, выполняемые учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам (обследованиям)

(должность уполномоченного  
представителя)

(подпись  
уполномоченного  
представителя)

(Ф.И.О.)

Заключение врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Председатель ВК \_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

Невролог	
Офтальмолог	
Дерматовенеролог	
Оториноларинголог	
Стоматолог	
Психиатр	
Нарколог	
Акушер-гинеколог (для девушек)	
Терапевт	

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования \_\_\_\_\_

10. Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Предохранительные прививки (указать дату) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---