

**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 46.02.01 «Документационное обеспечение управления и архивоведение»
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 вредного 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 _____

« _____ » _____ 2016 г.

Председатель ВК _____

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

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

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования _____

10. Данные лабораторных исследований _____

11. Предохранительные прививки (указать дату) _____
