

Приложение 5  
к Инструкции о порядке проведения  
обязательных и внеочередных  
медицинских осмотров работающих

Форма

Реквизиты бланка  
(углового штампа)

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**нанимателя (работодателя)**

В \_\_\_\_\_  
(наименование организации (структурного (обособленного) подразделения)  
на \_\_\_\_\_ медосмотр  
(предварительный, периодический или внеочередной)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Вредные и (или) опасные производственные факторы (с указанием класса условий труда  
по каждому производственному фактору, класса опасности химического вещества)<sup>1</sup>  
и (или) \_\_\_\_\_ вид \_\_\_\_\_ выполняемых \_\_\_\_\_ работ<sup>2</sup>

Основание для направления на внеочередной медицинский осмотр \_\_\_\_\_

Дата проведения предыдущего медицинского осмотра<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица  
(обособленного подразделения)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<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> Заполняется в случае проведения периодического медосмотра и (или) внеочередного медосмотра.