

Наименование учреждения

Форма разработана в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 988н и Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1420н от 31 декабря 2020г. «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2021г., регистрационный N 62278), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2021г., регистрационный N 62277); приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 02 сентября 2020 г. № 457 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 06 ноября 2020г., регистрационный N 60770)

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

(при поступлении на обучение по специальности «Пожарная безопасность», входящей в перечень специальностей, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные медицинские осмотры (обследования) в порядке установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. № 697)

от _____ 20____ года

1. Выдана _____
наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, куда предоставляется справка
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Буденновский политехнический колледж» г. Буденновск, микрорайон 8

3. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

4. М _____ **5. Дата рождения** _____
Ж _____

6. Адрес местожительства _____

7. Перенесенные заболевания _____

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

терапевт _____

хирург _____

невролог _____

офтальмолог _____

отоларинголог _____

стоматолог _____

психиатр _____

нарколог _____

акушер- гинеколог ((для женщин) с проведением бактериологического (на флору) и цитологического исследования) _____

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования

флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая) _____

10. Данные лабораторных исследований:

общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) _____

определение уровня общего холестерина в крови _____

исследование уровня глюкозы в крови _____

клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) _____

электрокардиография _____

исследование функции вестибулярного аппарата _____

тональная пороговая аудиометрия _____

спирометрия _____

визометрия _____

тонометрия _____

периметрия _____

биомикроскопия _____

11. Предохранительные прививки (указать дату) _____

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности _____

Подпись лица, заполнившего справку _____

**Подпись главного врача
лечебно-профилактического учреждения _____**

(Фамилия, имя, отчество)

М. П.