*Зразок*

|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖЕНОРоботодавецьТОВ "Омега"(найменування підприємства)*Кравчук* Кравчук Олег Степанович(підпис) (прізвище, ім'я та по батькові)М. П.Дата 23 грудня 2024 р. (число, місяць, рік) |

### СПИСОКпрацівників, які підлягають періодичним медичним оглядам

|  |
| --- |
| **Товариства з обмеженою відповідальністю "Омега" у 2025 році**(найменування підприємства) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ТабельнийN з/п** | **Цех, дільниця** | **Прізвище, ім'я, по батькові** | **Стать(ч/ж)** | **Дата і рік народження** | **Професія, (посада) за ДК 003:2005** | **Стаж роботи в даних умовах** | **Дата остан-нього огляду** | **Назва шкідливих та небезпечних факторів і N пункту та підпунктів Переліку шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу, при роботі з якими обов'язковий попередній (періодичні) медичний огляд працівників** | **Назва робіт і N пункту та підпунктів Переліку робіт, для виконання яких є обов'яз-ковим попередній (періодичні) медичний огляд праців-ників** | **Підлягає огляду1** |
| **лікарів** | **лабо-раторні, функціо-нальні та інші дослід-ження (указати, які)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 015 | Цех № 1 | Степашко Ігор Володимирович | ч | 01.08.1995 | Автоклавник лиття під тиском | 5 років | 05.02.2024 | П. 1.18. Метали лужні та їх сполуки (натрій, калій, рубідій, цезій та їх гідроксиди) | П. 5. Роботи, що пов'язані з обслуговуванням ємностей під тиском |  |  |
| 019 | Цех № 1 | Гриценко Олег Володимирович | ч | 01.12.1981 | Токар з оброблення абразивних виробів | 10 років | 05.02.2024 | П. 1.18. Метали лужні та їх сполуки (натрій, калій, рубідій, цезій та їх гідроксиди)П. 5.4. Виробничий шум | П. 11. Роботи на механічному обладнанні (токарних, фрезерних та ін. станках, штампувальних пресах тощо) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1 Графи 11 та 12 заповнюються комісією закладу охорони здоров'я, що проводить медичний огляд.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уповноважена роботодавцем особа | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| Погоджено: |   |   |
| Лікар з гігієни праці | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| М. П. |   |   |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(число, місяць, рік) |   |