Додаток 2

Додаток 1   
 до пункту 2.2   
 Порядку проведення   
 медичних оглядів працівників   
 певних категорій

**АКТ   
 визначення категорії працівників, які підлягають   
 попередньому (періодичним) медичному огляду**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (найменування підприємства, відомча належність)

від "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200 р.   
   
Лікарем з гігієні праці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_ Управління Держпраці у Вінницькій області \_\_\_\_\_   
 (назва закладу Держпраці України)   
за участю роботодавця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (прізвище, ім'я, по батькові)   
та представника профспілкової організації або уповноваженої   
працівниками особи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (прізвище, ім'я, по батькові)   
визначено категорії працівників, які підлягають попередньому   
(періодичним) медичному огляду в 2016\_\_\_\_\_\_ році.   
-----------------------------------------------------------------------

| N |Назва |Професія| Кількість | Назва |Назва робіт| Кількість |

|з/п| цеху |(посада)|працівників|шкідливих та|і N пункту | осіб, які |

| |(діль-| за ДК | за цією |небезпечних |та | підлягають |

| |ниці) |003:2005| професією | факторів і |підпунктів | огляду |

| | | |(тільки для|N пункту та |Переліку |(тільки для |

| | | |періодичних| підпунктів |робіт, для |періодичних |

| | | | медичних | Переліку |виконання | медичних |

| | | | оглядів) |шкідливих та|яких є | оглядів) |

| | | | |небезпечних |обов'язко- |------------|

| | | | |факторів |вим |усього|у т. |

| | | | |виробничого |попередній | | ч. |

| | | | |середовища і|(періо- | |жінок|

| | | | |трудового |дичні) | | |

| | | | |процесу, при|медичний | | |

| | | | |роботі з |огляд | | |

| | | | |якими |працівників| | |

| | | | |обов'язковий| | | |

| | | | |попередній | | | |

| | | | |(періодичні)| | | |

| | | | |медичний | | | |

| | | | |огляд | | | |

| | | | |працівників | | | |

|---+------+--------+-----------+------------+-----------+------+-----|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

|---+------+--------+-----------+------------+-----------+------+-----|

| | | | | | | | |

|---------------------------------------------------------------------|

|Усього |

-----------------------------------------------------------------------   
 Лікар з гігієни праці \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)   
 М.П.   
 Роботодавець \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)  
 М.П.   
 Представник профспілкової організації (вповноважена особа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)