УТВЕРЖДАЮ

_____

_____

«_____» _____20__ г.

СПИСОК

работников, подлежащих прохождению **периодического медицинского осмотра**,
с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы в соответствии
с Приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н
в 20_____году

Наименование структурного подразделения	Наименование профессии (должности)	Кол-во человек (из них женщин)	Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора. Наименование выполняемых работ	Пункт приложения к Приложению №1 Приказа Минздрава России от 28.01.2021 N 29н	Периодичность осмотров