

_____ (наименование организации)

_____ (дата)

№ _____

ПРИКАЗ

о направлении работников на медосмотр с оплатой по среднему заработку

В соответствии со статьями 214, 220 ТК, приказом Минздрава от 28.01.2021 № 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»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Направить на периодический медицинский осмотр работников согласно списку (приложение № 1).
2. Ответственному лицу, _____ организовать проведение периодического медосмотра работников согласно списку.
3. Работникам, направленным на медицинской осмотр, явиться по адресу _____ для прохождения медосмотра. При себе иметь:
 - направление на прохождение медосмотра;
 - полис обязательного добровольного страхования;
 - СНИЛС;
 - паспорт (или другой документ установленного образца, удостоверяющий личность).
4. Ответственному лицу, _____ ознакомить работников с приказом под подпись и обеспечить явку работников на прохождение медосмотра.
5. Работникам, получившим после прохождения медосмотра медицинское заключение от организации, передать документ своему непосредственному руководителю. А руководителям в случае получения медицинского заключения от работников передать документ _____

6. _____ и _____
на время прохождения медосмотра провести оплату труда по среднему
заработку работникам, направленным на медосмотр согласно приложению 1 к приказу.

7. _____ не допускать к работе лиц, не
прошедших медосмотр либо имеющих противопоказания к выполнению работы.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой

Руководитель организации

(ФИО)

(подпись)

С приказом ознакомлен:

(должность)

(ФИО)

(подпись)

(должность)

(ФИО)

(подпись)

(должность)

(ФИО)

(подпись)

(должность)

(ФИО)

(подпись)

(должность)

(ФИО)

(подпись)

(должность)

(ФИО)

(подпись)

Приложение 1

УТВЕРЖДАЮ

«__» _____ 20__ года

Поименный список работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам

№ п/п	Ф. И. О.	Профессия	Стаж работы в данной профессии на данном предприятии (лет, мес.)	Наименование структурного подразделения	Вредные работы или вредные и опасные производственные факторы	№ пункта по приказу Минздрава от 28.01.2021 № 29н