

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ГБУЗ «Городская поликлиника № 3»
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
г. Новороссийска» МЗ КК

г. Новороссийск, Сухумское шоссе, д. 84
(адрес)

ОГРН 11032309081551

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА № _____

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

1. Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

2. Пол: М Ж 3. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

4. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____
кем выдан _____

5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): _____

_____ телефон _____

6. Номер страхового полиса ОМС _____

7. Место работы: _____

7.1. Вид экономической деятельности: _____

7.2. Полное наименование организации (предприятия) _____

7.3. Форма собственности организации (предприятия): _____

7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отделение и т.д.): _____

Условия труда (в настоящее время):

Наименование производственного фактора, вида работы с указанием пункта	Стаж работы с фактором

10. Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ для предварительного медицинского осмотра (обследования):

Начало и окончание работы (месяц, год)	Организация (предприятие)	Наименование работы с указанием пункта	Наименование производственного фактора с указанием пункта

1. Даты проведения предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований):

[illegible]

2. Даты проведения периодических медицинских осмотров (обследований):

[illegible]

3. Медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения (название, юридический адрес): _____

14. План предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

[illegible]