

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию работников Московской области, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности.

_____ ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ» _____
(учреждение здравоохранения)

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (дата рождения)

_____ освидетельствован « ____ » _____ 20 ____ г. _____
(дата освидетельствования)

и на основании:

- Перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденного постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";
- Постановления Правительства РФ от 23.05.1998 N 486 "О внесении дополнений в Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности";
- Постановления Правительства РФ от 21.07.2000 N 546 "О внесении изменений и дополнений в Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности";
- Приказа Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 N 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии (в ред. приказов Минздрава РФ от 11.09.2000 N 344, от 06.02.2001 N 23);
- Перечня работ и Перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, при выполнении которых проводятся предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры (обследования), а также Порядка их проведения, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.08.2004 N 83,

признан _____ **к осуществлению** _____
(указать годен, не годен)

_____ (указать вид профессиональной деятельности и деятельность, связанную с источником повышенной опасности)

Код диагноза по МКБ-10 (если есть): _____

Заключение Комиссии действительно до « ____ » _____ 20 ____ года.

_____ (фамилия, имя, отчество)
предложено освидетельствование в установленном порядке медико-социальной экспертной комиссией для

решения вопроса **о переводе на другую работу** в соответствии с медицинским заключением.

Председатель Комиссии: / _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Секретарь Комиссии: / _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

М.П.