**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Наше богатство»**

ПРИКАЗ

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | № \_ |

г. Москва

**О назначении лиц, ответственных за организацию проведения**

**предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)**

В соответствии с требованиями статей 214, 220 Трудового кодекса Российской Федерации и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и/или опасными условиями труда, утверждённого Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н

**ПРИКАЗЫВАЮ**

1. Назначить лицами, ответственными за организацию проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) в ООО «Наше богатство» (далее - Общество) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – ответственное лицо)
2. Ответственному лицу:

* разрабатывать и актуализировать Список лиц, поступающих на работу, подлежащих предварительным осмотрам и Список работников, подлежащих периодическим осмотрам;
* разрабатывать и актуализировать Поимённые списки работников, подлежащих прохождению периодического медицинского осмотра (обследования) на год;
* взаимодействовать с представителем медицинского учреждения по вопросам прохождения работниками Общества предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с договором об оказании услуг и Порядком проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, утверждённым Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н.

1. Ответственному лицу:

* обеспечивать выдачу и регистрацию направлений на прохождение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований);
* направлять работников в медицинское учреждение, с которым заключён договор об оказании услуг;
* доводить до сведения работников Общества, что прохождение периодического медицинского осмотра (обследования) является обязанностью работника, неявка работника для прохождения медицинского осмотра без уважительных причин является основанием для отстранения от работы, на время отстранения заработная плата не начисляется и не выплачивается.

1. Руководителям структурных подразделений обеспечивать явку подчинённых работников в соответствии с календарным планом для прохождения ими периодического медицинского осмотра (обследования).
2. Бухгалтеру своевременно производить оплату по выставленным Контрагентом счетам на прохождения работниками Общества медицинских осмотров.
3. Кадровому работнику оформлять трудовой договор с работником только после предоставления им медицинского заключения о прохождении предварительного медицинского осмотра в медицинском учреждении, с которым заключён договор на оказание услуг.
4. Ответственным лицам в своей работе руководствоваться Перечнем медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, согласно приложению Приказа Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н.
5. Руководителю отдела персонала ознакомить с настоящим приказом ответственных лиц под роспись.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор Иванов И.И.

С приказом ознакомлены:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Наше богатство»**

ПРИКАЗ

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | № \_ |

г. Москва

**О прохождении обязательного периодического медицинского осмотра**

В соответствии со статьями 220, 214 Трудового Кодекса Российской Федерации,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить списки работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру в 20\_\_ году (Приложение № 1).
2. Утвердить график прохождения периодических медосмотров.
3. Направить работников предприятия, указанных в списках, на периодический медосмотр в соответствии с утвержденными графиком и сроками в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с сохранением среднего заработка в соответствии с требованиями, установленными Трудовым Кодексом РФ. Работникам при себе иметь паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.
4. Работникам на следующий день после получения на руки медицинского заключения предоставить его в отдел персонала.
5. Руководителям подразделений не допускать к работе работников, не прошедших в установленном порядке периодический медосмотр, пока медосмотр не будет пройден.
6. Руководителям подразделений ознакомить работников, подлежащих медосмотру, с данным приказом под подпись.
7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Генеральный директор Иванов И.И.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Наше богатство»

Иванов И.И.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Список работников ООО «Наше богатство»,**

**подлежащих периодическим медицинским осмотрам**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование профессии (должности) работника** | **Наименование вредных производственных факторов, работ в соответствии с Приказом от 28.01.2021 № 29н, а также вредных производственных факторов, установленных в результате СОУТ** | **Периодичность** |
| 1 |  |  |  |

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Наше богатство»

\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов И.И.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Список лиц, поступающих на работу в ООО «Наше богатство»,**

**подлежащих предварительным медицинским осмотрам**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование профессии (должности) работника** | **Наименование вредных производственных факторов, работ в соответствии с Приказом от 28.01.2021 № 29н, а также вредных производственных факторов, установленных в результате СОУТ** | **Периодичность** |
|  |  |  |  |

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Наше богатство»

Иванов И.И.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Поименный список работников ООО «Наше богатство»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Фамилия имя отчество (при наличии) работника** | **Профессия (должность) работника, стаж работы в ней** | **Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии)** | **Наименование вредных производственных факторов или видов работ** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Общество с ограниченной ответственностью «Наше богатство»**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **НАПРАВЛЕНИЕ**  **на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)**  **(нужное подчеркнуть)**    Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  Наименование организации, выдавшей направление **ООО «Наше богатство»**  Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ОКВЭД **\_\_\_\_\_**  Наименование медицинской организации **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Фактический адрес местонахождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Код по ОГРН **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Электронная почта **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Контактный телефон **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Фамилия, имя, отчество **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения **-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Пол работника **\_\_**  Наименование структурного подразделения ООО «Наше богатство»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование должности (профессии) или вида работы **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком работников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Общий стаж работы **\_\_\_\_\_\_\_\_**  Стаж работы с данными вредным фактором **\_\_\_\_\_\_\_**  (не работал / если работал, то указать период)  Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | (должность уполномоченного представителя)  **М.П.** | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф.И.О.) | |

|  |
| --- |
| **Общество с ограниченной ответственностью «Наше богатство»** |
| ООО «Наше богатство» |
| Наименование организации |

**ЖУРНАЛ**

**учета выдачи направлений   
на медицинский осмотр**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи направления | Номер направления | ФИО работника, получившего направление | Подразделение и должность работника | Основание направления на медицинский осмотр |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |