**Медицинское заключение**

**о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии**

1. Наименование организации, выдающей заключение, отрасль экономики, основной государственный регистрационный номер:

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) работника (полностью):

3. Дата рождения работника:

4. Должность работника:

5. Наименование работодателя:

6. Вид медицинского осмотра (нужное подчеркнуть): предварительный/периодический

7. По результатам медицинского осмотра (нужное подчеркнуть):

медицинские противопоказания к работам в области использования атомной энергии не выявлены/выявлены.

(Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность руководителя медицинской организации (уполномоченного им лица), подпись

М.П. (при наличии)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись работника/лица, поступающего на работу)