Приложение № 5

к приказу

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 июля 2020 г. № 749н

**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, поступившего на работу)