**Памятка**

**для прохождения предварительного медицинского осмотра**

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 697 от 14.08.2013 г. абитуриенты, **поступающие на обучение по специальностям «Технология эстетических услуг», «Технология парикмахерского искусства» и «Гостиничное дело»** проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности **(как при трудоустройстве на работу)**.

Предварительный медицинский осмотр проводится **во взрослой поликлинике**, которая должна иметь лицензию на проведение данных осмотров.

Направление на предварительный медицинский осмотр выдаёт сотрудник приёмной комиссии колледжа!

Перед прохождением медицинского осмотра необходимо приобрести санитарную книжку (только в Росспотребнадзоре! (любой филиал Свердловской области)).

Объём требуемых медицинских обследований определит врач-профпатолог медицинского учреждения: ФЛГ органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, микрореакция на сифилис, анализ крови на сахар и т.д.

Для получения заключения профпатолога дополнительно понадобятся справки от врачей нарколога и психиатра.

При невозможности пройти медицинский осмотр по месту жительства, можно обратиться в поликлинику по адресу:г. Екатеринбург, ул. Сурикова, 53А, «МЦП», тел. 300-31-00. Оформление на предварительный медицинский осмотр с 08 до 14 часов. С собой необходимо иметь направление, выданное в приемной комиссии, емкости с анализами мочи и кала.

**Прохождение предварительного медицинского осмотра платное.**

**Предоставление заключения предварительного медицинского осмотра является обязательным для зачисления на специальности «Технология эстетических услуг»,«Технология парикмахерского искусства» и «Гостиничное дело»**

|  |  |
| --- | --- |
| (наименование медицинской организации, адрес) |  |

Код ОГРН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Направление на предварительный медицинский осмотр**

1.Дата направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Цель направления: **предварительный**, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр (нужное подчеркнуть).

4. Фамилия **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Имя **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Отчество **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. Пол: мужской, женский(нужное подчеркнуть).

6. Возраст **\_\_\_\_\_\_** Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(число, месяц, год).

СНИЛС\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, код (серия) территория страховой организации страхового полиса ОМС )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место учёбы: ГАПОУ СО «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты»

8.1. Полное наименование организации: Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Свердловской области «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты».

8,2 . Вид экономической деятельности по ОКВЭД: 80.22.21

8.3. Наименование структурного подразделения:

9. Профессия (должность) (в настоящее время): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Профессия (должность) (на которую поступает) \*\*:

**Специалист в области прикладной эстетики**

11. Стаж работы:

11.1. Общий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.2. В профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.3. Во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

(обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | Наименование факторов производственной среды  и трудового процесса. | Код фактора по приказу МЗ  и СР РФ от 12.04.2011 №302н) | Уровень фактора по результатам лабораторного контроля | Класс условий труда |
| 1 | Прил. 1 п.4.1 |  |  |  |
| 2 | Прил. 2 п. 21 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ответственное лицо, составившее направление:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п. (подпись, Фамилия и инициалы)

СНИЛС\* страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)

\*\* - заполняется только при оформлении направления на предварительный мед.осмотр.

|  |  |
| --- | --- |
| (наименование медицинской организации, адрес) |  |

Код ОГРН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Направление на предварительный медицинский осмотр**

1.Дата направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Цель направления: **предварительный**, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр (нужное подчеркнуть).

4. Фамилия **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Имя **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Отчество **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

6. Возраст **\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (число, месяц, год).

СНИЛС\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, код (серия) территория страховой организации страхового полиса ОМС )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место учёбы: ГАПОУ СО «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты»

8.1. Полное наименование организации: Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Свердловской области «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты».

8,2 . Вид экономической деятельности по ОКВЭД: 80.22.21

8.3. Наименование структурного подразделения:

9. Профессия (должность) (в настоящее время): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Профессия (должность) (на которую поступает) \*\*:

**Парикмахер - модельер**

11. Стаж работы:

11.1. Общий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.2. В профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.3. Во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

(обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | Наименование факторов производственной среды  и трудового процесса. | Код фактора по приказу МЗ  и СР РФ от 12.04.2011 №302н) | Уровень фактора по результатам лабораторного контроля | Класс условий труда |
| 1 | Прил. 1 п.4.1 |  |  |  |
| 2 | Прил. 2 п. 21 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ответственное лицо, составившее направление:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п. (подпись, Фамилия и инициалы)

СНИЛС\* страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)

\*\* - заполняется только при оформлении направления на предварительный мед.осмотр.

|  |  |
| --- | --- |
| (наименование медицинской организации, адрес) |  |

Код ОГРН

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Направление на предварительный медицинский осмотр**

1.Дата направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Цель направления: **предварительный**, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр (нужное подчеркнуть).

4. Фамилия **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Имя **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Отчество **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

6. Возраст **\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (число, месяц, год).

СНИЛС\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, код (серия) территория страховой организации страхового полиса ОМС )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место учёбы: ГАПОУ СО «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты»

8.1. Полное наименование организации: Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Свердловской области «Уральский колледж бизнеса, управления и технологии красоты».

8,2 . Вид экономической деятельности по ОКВЭД: 80.22.21

8.3. Наименование структурного подразделения:

9. Профессия (должность) (в настоящее время): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Профессия (должность) (на которую поступает) \*\*:

**Специалист по гостеприимству**

11. Стаж работы:

11.1. Общий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.2. В профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лет)

11.3. Во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

(обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № пп | Наименование факторов производственной среды  и трудового процесса. | Код фактора по приказу МЗ  и СР РФ от 12.04.2011 №302н) | Уровень фактора по результатам лабораторного контроля | Класс условий труда |
| 1 | Прил. 1 п.4.1 |  |  |  |
| 2 | Прил. 2 п. 21 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ответственное лицо, составившее направление:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п. (подпись, Фамилия и инициалы)

СНИЛС\* страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)

\*\* - заполняется только при оформлении направления на предварительный мед. осмотр.