I Norīkojums uz obligāto veselības pārbaudi

SIA „Med Prof” Reģ. Nr. 40103192678, med. iestādes kods 0100-00898

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Darba devējs | |  | | | | | |
| 2. | Personas vārds, uzvārds | | | | **xx** | | | |
| 3. | Personas kods | | | |  | | | |
| 4. | Dzīvesvieta | | | |  | | | |
| 5. | Profesija | | | |  | | | |
| 6. | Veselībai kaitīgie darba vides apstākļi |  | | |  | |  | |
| (saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 10.marta noteikumu Nr.219 ,,Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude’’  1.pielikumu .;punktu) | | | | | | | | |
| 7. | Īpašie darba apstākļi | |  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| (saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 10.marta noteikumu Nr.219 ,,Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude’’ 2.pielikuma … punktu) | | | | | | | | |
| 8. | Darba stāžs šīs kartes 6.punktā minētajos veselībai kaitīgajos darba vides apstākļos no: | | | | | |  | |
| 9. | Darba stāžs šīs kartes 7.punktā minētajos īpašajos darba apstākļos no | | | | | |  | |
| 10. | **xx** | | | | | tiek norīkots (-a) uz šādu obligāto veselības pārbaudi (atbilstošo pasvītrot): | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 10.1. pirmreizējo veselības pārbaudi ; | |
| 10.2. ārpuskārtas veselības pārbaudi |
| 10.3. periodisko veselības pārbaudi. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Darba devējs vai viņa pilnvarotā persona |  |  |  |
|  | (amats) | (vāds, uzvārds) | (parsksts) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datums | 2024. xx | Zīmogs |

**II Atzinums par personas veselības stāvokļa atbilstību veicamajam darbam**

|  |  |
| --- | --- |
| 11. | Personas veselības stāvokļa novērtējums (atbilstošo pasvītrot): |

|  |  |
| --- | --- |
| 11.1. | veselības stāvoklis atbilst veicamajam darbam; |
| 11.2. | veselības stāvoklis neatbilst veicamajam darbam; |
| 11.3. | konstatētas arodslimības pazīmes. |

|  |  |
| --- | --- |
| 12. | Īpašas piezīmes un ieteikumi darba devējam |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Arodslimībās sertificēts ārsts |  |
|  |  |
| Paraksts un tā atšifrējums |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datums |  |
|  |  |
| Ārstniecības iestādes zīmogs | |

III Darba devēja veiktie pasākumi atbilstoši obligātās veselības pārbaudes atzinumā norādītajam

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

|  |
| --- |
| Darba devējs vai viņa pilnvarota persona |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Amats |  |  |  |
| Paraksts un tā atšifrējums | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datums |  | Zīmogs |