**Утверждено**

приказом (распоряжением) руководителя

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2 экз. (наименование медицинской организации)

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**Опросный лист**

работника о наличии потенциально вредных и (или) опасных производственных факторов для целей их учета при проведении на его рабочем месте

специальной оценки условий труда

Комиссия в составе:

- Ф.И.О. - представитель выборного органа первичной организации Профсоюза, член Комиссии по СОУТ;

- Ф.И.О. - уполномоченный по охране труда Профсоюза;

- Ф.И.О. - специалист по охране труда, член Комиссии по СОУТ;

- Ф.И.О. – руководитель структурного подразделения.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года провели опрос работника, осуществляющего профессиональную деятельность на рабочем месте №\_\_\_\_\_\_\_ , в

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование структурного подразделения медицинской организации)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество, должность)

 Комиссией зафиксировано, что по мнению работника Ф.И.О. на рабочем месте существуют следующие вредные и (или) опасные производственные факторы, и которые предлагает оценить проведением исследований (испытаний) и(или) измерений:

* химические (наркотические анальгетики и т.д.);
* физические (ионизирующее излучение, электромагнитные поля, освещенность и т.д.);
* биологический фактор (патогенные микроорганизмы-возбудители инфекций при контакте с их носителями и заражения воздушно-капельным путем или через кровь (работа с пациентами, кровью, биологическим материалом и жидкостями, экскретами человека, статистика выявляемых нозологий);
* тяжесть и напряженность трудового процесса (нагрузка на голосовой аппарат, при приеме пациента приходится много говорить о его действиях, многократно повторяющиеся операции, монотонность проведения лечения пациента, вынужденная поза);
* проч. в соответствии с разделом 1 утвержденных в медицинской организации инструкций по охране труда и Классификатором опасных и вредных производственных факторов Методики проведения СОУТ.

**Представитель**

**профсоюзного комитета**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись Ф.И.О*

**Специалист по охране труда** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись Ф.И.О*

**Руководитель**

**структурного подразделения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись Ф.И.О*

**Уполномоченный**

**по охране труда Профсоюза** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись Ф.И.О*

 Настоящий опросный лист составлен в 2 (двух) экземплярах в моем присутствии и по моим предложениям. /\_\_\_\_подпись\_\_\_/ ФИО/.

Я, Ф.И.О. ознакомлен(а) о праве в соответствии со ст.5 Закона о СОУТ ( №426-ФЗ) личного присутствия при проведении СОУТ на своем рабочем месте и временем проведения СОУТ в период с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.:

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

  *Дата подпись Ф.И.О. работника*