С 01.01.2021 вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июля 2020 года № 749н «Об утверждении требований к проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии, порядка их проведения, перечня медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии и перечня должностей работников объектов использования атомной энергии, на которые распространяются данные противопоказания, а также формы медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии».

Согласно п.31, 32 «Административного регламента по предоставлению Федеральной службой по экологическому, технологическому и атомному надзору государственной услуги по выдаче разрешений на право ведения работ в области использования атомной энергии работникам объектов использования атомной энергии», утвержденного приказом Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору от 19.12.2018 № 623, для получения, продления срока действия разрешения на право ведения работ в области использования атомной энергии предоставляется медицинская справка согласно Приложения № 5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.2020 № 749н «Медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии».

Приложение N 5
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 28 июля 2020 года N 749н

**ФОРМА**

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)  |  |  |