**Штамп мед. учреждения**

**СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В НЕЗАВИСИМЫЙ ОРГАН ПО АТТЕСТАЦИИ ПЕРСОНАЛА**

**О результатах проверки состояния зрения на соответствие установленным требованиям для выполнения работ по неразрушающему контролю**

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

(Ф.И.О. и год рождения лица, проходящего медосмотр)

**1. По результатам проверки острота зрения составляет**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с корректирующими линзами | без корректирующих линз | с корректирующими линзами | без корректирующих линз |
| Вблизи  | Вдаль  |
| Правый глаз | Левый глаз | Правый глаз | Левый глаз |
|  |  |  |  |

**2. По результатам проверки восприятия цветов** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Способность различать цвета - в норме**  | да  | нет  |
| **Способность различать оттенки серого - в норме**  | да  | нет  |

**3. По результатам проверки пространственного зрения** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Обнаружено ограничение нормального поля зрения** | да  | нет  |

**Дата медосмотра: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

**Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О.) (Подпись)

М.П.