

**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**

<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз	<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Способность различать оттенки серого - в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

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

Обнаружено ограничение нормального поля зрения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
--	-----------------------------	------------------------------

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

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)  
М.П.