

**Результаты 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.