

Приложение №3
к приказу № 211 от 2 сентября 2024 г.

Утверждена
приказом БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
№ 211 от 2 сентября 2024 г.

Форма

БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1»
г.Череповец, ул.Ком.Белова д.44, т.ф.: (8202) 490-575 доб.700, ЛИЦЕНЗИЯ № ЛО41-01135-35/00574276 от 06.02.2020г.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по результатам проведения обязательного психиатрического освидетельствования работника,
осуществляющего отдельные виды деятельности

«__» _____ 20__ г.

№ ____

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: «__» _____ г. Пол _____

Наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____

Вид экономической деятельности по ОКВЭД: _____

Наименование структурного подразделения: _____

Должность: _____

Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приказом МЗ РФ № 342н от 20.05.2022г.: _____

По результатам обязательного психиатрического освидетельствования к выполнению указанного вида (видов) деятельности:

ГОДЕН

м.п.

Председатель _____ / _____ /

Члены комиссии _____ / _____ /

Члены комиссии _____ / _____ /