

Приложение №5
к приказу № 211 от 2 сентября 2024 г.

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

Форма

**Отказ
от обязательного психиатрического освидетельствования работника,
осуществляющего отдельные виды деятельности в соответствии с видами
деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое
освидетельствование**

Я _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: _____

отказываюсь от прохождения обязательного психиатрического освидетельствования
работника, осуществляющего отдельные виды деятельности в соответствии с видами
деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое
освидетельствование.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены возможные последствия отказа.

" _____ " _____ 20__ года.

Подпись гражданина (расшифровка подписи) _____

Расписался в моём присутствии:

Врач _____ (подпись, расшифровка подписи) _____
(должность, Ф.И.О.)