**НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_год**

|  |
| --- |
|  |

наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона

|  |
| --- |
|  |

вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД)

|  |
| --- |
| Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Туринская межрайонная больница», 648000, Красноярский край, Эвенкийский район, п. Тура, ул. Увачана, 13А, ОГРН 1028800000723, Тел.: 8(39170) 31-695, E-mail: mail@turahospital.ru |

наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и основной государственный регистрационный номер (ОГРН), электронная почта, контактный телефон (при наличии информации)

|  |
| --- |
|  |

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника

|  |
| --- |
|  |

наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование

|  |
| --- |
|  |

вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.05.2022 №342-н

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (должностное лицо) (подпись) (расшифровка подписи)