**ОБРАЗЕЦ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(юридический адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный номер телефона, адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид экономической деятельности по ОКВЭД)

НАПРАВЛЕНИЕ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата формирования направления)  
на обязательное психиатрическое освидетельствование

В бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» (фактический адрес нахождения: 162600, г. Череповец, ул. Ком. Белова, д. 44; ОГРН 1023501237231; электронная почта vopnd1@vopnd1.ru, контактный телефон 8 (8202) 49-02-85, 49-05-75) на основании договора об оказании платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ № \_\_ для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования направляется работник

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество и пол работника |  |
| Дата рождения работника |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя, в котором работник осуществляет отдельный(е) вид(ы) деятельности |  |
| Наименование должности (профессии) работника |  |
| Вид(ы) деятельности, осуществляемый(е) работником в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава России от 20.05.2022 г. № 342н |  |
| Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и(или) периодических медицинских осмотров работников (при наличии) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность, фамилия и инициалы уполномоченного лица) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи направления)