

# 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 vorpd1@vorpd1.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)