

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
бюджетное учреждение здравоохранения  
Вологодской области  
«ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ  
ДИСПАНСЕР №1»  
Ком. Белова ул., 44, г. Череповец, 162624  
тел/факс 8(8202)49-02-85, 26-27-62  
e-mail: 490285@vopnd1.ru  
ОГРН 1023501237231  
ИНН/КПП 3528055010/352801001

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения)  
Адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
тел./факс \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ЗАПРОС

Просим Вас, руководствуясь ст. 13, 22 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации и согласно ст.9 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сообщить: состоит (состоял (ла)) под диспансерным наблюдением или обращался(лась) за консультативно-лечебной помощью к врачу-психиатру:

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу \_\_\_\_\_

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения (*нужное подчеркнуть*):

- на право управления автотранспортным средством;
- для получения лицензии на право приобретения и ношения оружия;
- для устройства на работу и/или для прохождения периодических медицинских осмотров;
- для исполнения обязанностей частного охранника.

Убедительная просьба ответ направить посредством факсимильной связи: т/ф **8(8202) 26-27-62** или на адрес электронной почты **490285@vopnd1.ru**

Приложение: заявление гражданина, копия паспорта (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Начальник отдела платных услуг

В. В. Мозжеветина

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

На основании ст.7, ст.9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», согласен (согласна) на **передачу** моих персональных данных (**в том числе по незащищенным открытым каналам связи (электронной почте)**), **получение** в письменном виде, а также **по незащищенным открытым каналам связи (электронной почте)**), сведений о том, обращался (обращалась) ли я за консультативно-лечебной помощью к врачу-психиатру, состою (состоял(а)) под диспансерным наблюдением у врача-психиатра, диагнозе и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи по месту постоянной регистрации.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

