|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФГБОУ ВО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»(наименование организации (предприятия),форма собственности, отрасль экономики)614990, г.Пермь, ул.Сибирская, 24(адрес) |  |  |

**Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)**

Направляется в **ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника г.Перми»**

 (наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий, обучающийся, **выходящий на практику** (нужное подчеркнуть)

4. Структурное подразделение (факультет, курс, группа)

5. Должность, в которой обучающийся освидетельствуется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Стаж работы в том виде работы, в котором обучающийся освидетельствуется

**Без стажа работы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

8. Профессия (работа) **п.25 Приложения к порядку проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, приказ №29н от 28.01.2021г** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер пункта или пунктов Перечня[\*](#sub_10001), перечислить)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Декан  |  |  |
| (должность уполномоченного представителя) | (подпись уполномоченного представителя) | (Ф.И.О.) |