**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Дата формирования направления: « » \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование работодателя: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по ОКВЭД: \_\_\_\_\_\_\_

Адрес организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации: **СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1»**

Адрес медицинской организации:199178, СПб, В.О., 12 линия, д.39, лит. «Б»

ОГРН: 1027800546839

Электронная почта: info@pnd1.ru

Контактный телефон: 8 (812) 246-11-60

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество)

Пол \_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Наименование структурного подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для водителей: категорий А , В , ВЕ , М , C , D , CE , DE , Tm , Tb ; подкатегорий

А1 , В1 , C1 , D1 , C1E , D1E \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Рекомендации по заполнению: в клеточке против выбранной категории/подкатегории поставить “галочку”)

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | Виды деятельности в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.05.2022 N 342н |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации (при их наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи направления работнику: « » \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель работодателя:

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

 подпись ФИО должность

МП