

Филиал №7 Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1» 662153 г.Ачинск, ул.Гагарина, дб, тел зав.филиалом 8(39151)7-08-16, факс 8(39151) 7-07-83, E-mail: kpb@achmail.ru
Код ОГРН 1 1 0 2 4 6 8 0 1 9 3 5 6

В комиссию по предварительным и периодическим осмотрам в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. №302н)

СПРАВКА
(добровольного психиатрического осмотра)
от

1. Ф.И.О. _____
Дата рождения _____
2. Место работы (организация): _____
3. Профессия (должность) _____
Вредный производственный фактор или вид работы _____

4. Согласно результатам проведенного психиатрического осмотра (обследования):
не имеет / имеет медицинские психиатрические противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами
(нужное подчеркнуть)

Врач психиатр

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.