НАПРАВЛЕНИЕ № ***\_\_\_*** от ***«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_*** года

НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ РАБОТНИКА

|  |  |
| --- | --- |
| ***Наименование организации***  *ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *ОКВЭД \_\_\_ (достаточно указать основной)* | направляется в **СПБ ГБУЗ ПНД № 5**  ИНН, 7806023824, ОГРН 1037816019230,  195176, Санкт-Петербург, ш. Революции, д.17,  e-mail: pnd5@zdrav.spb.ru, Телефон: +7 (812) 227-67-55 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма оплаты** | ***По договору*** *либо ПЛАТНО* |
| **Договор / Контракт *(номер, дата)*** | ***№ и дата договора*** *либо нет* |
|  |  |
| **Ф.И.О.** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Пол** |  |
| **Наименование структурного подразделения работодателя** | *- указывается при наличии, в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности*  *- при отсутствии – слово «нет»* |
| **Наименование должности (профессии)** |  |
| **Вид (виды) деятельности, осуществляемой работником в соответствии с приложением № 2 к приказу Минздрава РФ от 20.05.2022г. № 342н** |  |
| Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового Кодекса Российской Федерации | *- при их наличии перечисляются все заключения с указанием дат и количества листов*  *- при отсутствии – слово «нет»* |

Работник (кандидат в работники) направляется в Психоневрологический диспансер для прохождения психиатрического освидетельствования врачебной комиссией, согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20 мая 2022 г. N 342н "Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование". Заключение врачебной психиатрической комиссии выдать направляемому на освидетельствование работнику на руки.

Направление выдал:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  | | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *должность уполномоченного представителя* | *подпись* | | *ФИО* |
| М.П. | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | |