Приложение № 2

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

Дата выдачи «_____» _____2024г.
Наименование организации, выдавшей направление: БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»
Электронная почта: vbmu@mail.ru Контактный телефон: 8(8172) 75-01-00
ОКВЭД 85.21

Наименование медицинской организации: _____
Фактический адрес местонахождения: _____
Код по ОГРН _____ Электронная почта_____
Контактный телефон _____

Фамилия, имя , отчество_____
_____
Дата рождения_____ Пол работника_____
Наименование структурного подразделения (при наличии)_____

«Лечебное дело» ☐

«Сестринское дело» ☐

Наименование должности(профессии) или вида работы_____

Фельдшер ☐

Медицинская сестра/медицинский брат ☐

Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со списком контингента : **п. 27 Приложения № 1 к приказу № 29н.**

Номер медицинского полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования_____

Ответственный секретарь приемной комиссии _____ (Е.А.Лодыгина)
м.п.
……..……

Направление на предварительный медицинский осмотр получил:
_____
дата подпись расшифровка подписи