|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| УТВЕРЖДЕН приказом Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики  от 24 апреля 2019 года № 764 | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  от 24 апреля 2019 года №764 | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |  |  | |  | | |  |  | | |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ | | | | | | | |  | Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | |  | Форма первичной учетной документации | | | | | | |
|  | | | | |  | | | № 138/у | | | |  |  |  | |  | | № 138/у | | |  | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | |  | Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | |
| Приказ МЗДонецкой Народной Республики | | | | | | | | Приказ МЗДонецкой Народной Республики | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  |  |  | |  | |  | | |  | |
| Идентификационный код |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | | | | | | | | | | | | | | № | | | | | | | | | |  | Идентификационный код |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | | | | | | | | | | | № | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  | | | |  |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН**  **к справке №\_\_\_\_\_\_\_\_**  **о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком** | | | | | | | | | | | | |  | **СПРАВКА №\_\_\_\_\_\_**  **о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком** | | | | | | | | |
| Дата выдачи "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | л  и  н  и  я  о  т  р  е  з  а | Дата выдачи "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  |  | |  | | | | | |
| 1.Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы (учебы): | | | | | | | | | | | | | 1.Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы (учебы): | | | | | | | | |
| 2.Место работы (учебы): | | | | | | | | | | | | | 2.Место работы (учебы): | | | | | | | | |
| 3.Домашний адрес: | | | | | | | | | | | | | 3.Домашний адрес: | | | | | | | | |
| 4.Сведения о ребенке: | | | | | | | | | | | | | 4.Сведения о ребенке: | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, возраст) | | | | | | | | | | | | | (фамилия, имя, возраст) | | | | | | | | |
| 5.Диагноз: | | | | | | | | | | | | | 5.Диагноз: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 6.Дошкольная образовательная, общеобразовательная организация  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | 6.Дошкольная образовательная, общеобразовательная организация  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| (подчеркнуть, вписать) | | | | | | | | | | | | | (подчеркнуть, вписать) | | | | | | | | |
| 7.Освобожден(на) от работы (учебы): | | |  | | | |  | | | | | | 7.Освобожден(на) от работы (учебы):  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года | | | | | | | | |
| с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года    Фамилия врача, выдавшего справку  (разборчиво) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П.  Подпись получившего справку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 8.Приступить к работе (учебе) с"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | | | | | | |
| Должность и фамилия врача | | | | | | | | |
| М.П. **Подпись врача** | | | | | | | | |
| **Подпись зав. отд.** | | | | | | | | |