

Приложение 4

к Порядку проведения медицинского освидетельствования лиц на предмет наличия (отсутствия) заболеваний, препятствующих поступлению на службу в органы прокуратуры Донецкой Народной Республики и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (пункт 4.8)

Наименование государственного органа или местной администрации Донецкой Народной Республики, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения
Полное наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____
Идентификационный код юридического лица _____

**КАРТОЧКА № _____
о состоянии здоровья прокурорского работника**

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата и место рождения _____
3. Место жительства _____
4. Место регистрации _____
5. Подтверждаю правдивость предоставленной мной информации, в том числе о состоянии здоровья, и даю согласие на обработку моих персональных данных в картотеке и информационной системе учреждения здравоохранения _____ (Ф.И.О., подпись)
6. Место работы (наименование органа) _____ _____
7. Должность _____ _____
8. Справка к акту освидетельствования МСЭК: серия ____ № _____ (при наличии) _____ (наименование учреждения здравоохранения, выдавшего указанную форму)
9. Данные осмотра:
9.1. Врач-терапевт _____ _____ (дата, фамилия и инициалы)
9.2. Врач-невролог _____ _____ (дата, фамилия и инициалы)

9.3. Врач-психиатр _____

(дата, фамилия и инициалы)

9.4. Врач-психиатр-нарколог _____

(дата, фамилия и инициалы)

10. Лабораторные исследования _____

11. Диагностические исследования _____

12. Рекомендации комиссии по проведению лечебно-оздоровительных мероприятий

(имеются, отсутствуют)

13. Вывод комиссии: _____

Председатель комиссии _____

(подпись)

М.П.

(фамилия и инициалы)

Дата заполнения карточки о состоянии здоровья прокурорского работника:

« _____ » _____ 20 ____ года