Приложение

к Порядку выдачи справки о периоде работы по ликвидации вспышки коронавирусной инфекции (COVID-19)

(пункт 2)

бланк учреждения здравоохранения

**СПРАВКА**

**о периоде работы по ликвидации вспышки коронавирусной инфекции (COVID-19)**

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, наименование учреждения здравоохранения)

в том, что он(а) осуществлял (а) диагностику и оказание медицинской помощи пациентам, у которых выявлена коронавирусная инфекция (COVID-19), работал (а) на территории (объекте) где определены источник инфекции и соответствующие факторы передачи инфекции, или проводил(а) вскрытия тел умерших с подтвержденным диагнозом COVID-19   
 (нужное подчеркнуть)

в период работы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2020 год | | 2021 год | | 2022 год | |
| месяц | количество отработанных дней | месяц | количество отработанных дней | месяц | количество отработанных дней |
| январь |  | январь |  | январь |  |
| февраль |  | февраль |  | февраль |  |
| март |  | март |  | март |  |
| апрель |  | апрель |  | апрель |  |
| май |  | май |  | май |  |
| июнь |  | июнь |  | июнь |  |
| июль |  | июль |  | июль |  |
| август |  | август |  | август |  |
| сентябрь |  | сентябрь |  | сентябрь |  |
| октябрь |  | октябрь |  | октябрь |  |
| ноябрь |  | ноябрь |  | ноябрь |  |
| декабрь |  | декабрь |  | декабрь |  |
| ИТОГО |  | ИТОГО |  | ИТОГО |  |

Общее количество дней составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(числом и прописью)

Перечень документов, на основании которых выдана настоящая справка:

1. Табель учета рабочего времени /карта выезда скорой медицинской помощи/ рапорт по оказанию выездной консультативной экстренной медицинской помощи (указать название документа).

2. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (указать название, дату и номер приказа).

3. Приказы учреждения здравоохранения (указать названия приказов, их даты и номера).

(наименование учреждения)

4. Лицевой счет №\_\_\_\_\_\_ (указать номер лицевого счета).

Справка выдана для предъявления в территориальное управление Пенсионного фонда Донецкой Народной Республики.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Начальник/инспектор

кадровой службы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.