|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Форма)**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_****на обязательное психиатрическое освидетельствование**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование работодателя, адрес электронной почты, контактный номер телефона  |  |
| Вид экономической деятельности работодателя по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД)  |  |
| Наименование медицинской организации, фактический адрес ее местонахождения и основной государственный регистрационный номер (ОГРН), электронная почта, контактный телефон (при наличии информации)  |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол работника  |  |
| Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности  |  |
| Наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование  |  |
| Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником при осуществлении которого проводится психиатрическое освидетельствование  |  |

 |

|  |
| --- |
| Уполномоченный представитель работодателя: |
|  |  |  |
| должность, фамилия, инициалы |  | подпись |
|  |
| Направление получил: |
|  |  |  |
| фамилия и инициалы лица, поступающего на работу (работника) |  | подпись |