|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| (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](kodeks://link/d?nd=1200110162&prevdoc=450703295)) |  | | 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 |