|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **АНКЕТА** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Главному врачу** | | **Ильевой В.Р.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу Вас выдать личную медицинскую книжку, провести гигиеническое обучение, медицинский осмотр. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Дата Рождения:** | | | | |
| **Фамилия** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | г. | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Имя** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Отчество** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Паспорт | Серия: | | | № | | | | Выдан: | | | | | Дата : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гражданство | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **АДРЕС (ПМЖ)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Край/обасть | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Город/Населенный пункт | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Улица | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дом №** | | | |  |  |  | **Корпус** | | |  |  |  | **Кв.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ВРЕМЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ в Москве и Московской области (для иностранных граждан и** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **иногородних.)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Край/обасть | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Город/Населенный пункт | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Улица | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дом №** | | | |  |  |  | **Корпус** | | |  |  |  | **Кв.** |  |  |  |  |
| **Действительна до:** | | | |  | |  | | г. | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Контактный телефон: | | | | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ДОЛЖНОСТЬ И МЕСТО РАБОТЫ:** | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Должность | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Название организации: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Адрес, административный округ | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **КАТЕГОРИЯ (нужное подчеркнуть):** промышленная торговля, продовольственная торговля, общепит, | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| пассажирский транпорт, коммунально - бытовое обслуживание, воспитание и обучение детей, | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| медицинская деятельность, прочее | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ВНИМАНИЕ!** При выявлении личных медицинских книжек не установленного образца, с признаками подделки | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| клиент **обязан оформить новую Личную Медицинскую Книжку.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрация и выдача личной медицинской книжки ее владельцу без удостоверения личности **ЗАПРЕЩЕНА!** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| В соответствии с приказом ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москва" №12 от 22.04.2005 г. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "О профессиональной гигиенической подготовке" **гигиеническое обучение и аттестация проводится в срок** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **не позднее 30 дней с момента регистрации личной медицинской книжки.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **С правилами оформления Личной Медицинской Книжки, прохождения медицинских осмотров,** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **гигиенического обучения и аттестации, ОЗНАКОМЛЕН(А).** | | | | | | | | | | | | | | | | | |