|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | **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).** |