***Название Учреждения***

 ***Здравоохранения***

**Адрес:**

**Дата и номер:**

 **ФОРМА**

Сводные данные прохождения слушателями обязательного периодического медицинского осмотра для допуска к стажировке

в Бюро судебно-медицинской экспертизы

(давностью не более 1 года)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО обучающегося | Дата рождения | Дата прохождения медицинского осмотра | Дата последней флюорографии или рентгенографии грудной клетки | Дата заключения психиатра | Дата заключения нарколога | Вакцинация |  |
| АДСМ | Корь | Краснуха | Гепатит В, V3 | Грипп | Covid | Решение комиссии о допуске к практике  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Представитель учреждения Здравоохранения***

***Печать и подпись***