

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВК № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. работника \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Наименование работодателя: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты работодателя, контактный номер телефона работодателя: \_\_\_\_\_

ОКВЭД \_\_\_\_\_

Наименование структурного подразделения работодателя, в котором работник осуществляет отдельный вид (виды) деятельности *(заполняется при наличии)*

Наименование должности (профессии) \_\_\_\_\_

Вид (виды) деятельности, осуществляемый работником в соответствии с Приложением №2 к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.05.2022 №342н

Результаты освидетельствования \_\_\_\_\_ пригоден / не пригоден к выполнению вида (видов) деятельности, указанных в направлении.  
*(нужное подчеркнуть)*

Председатель комиссии,  
врач-психиатр высшей категории

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач-психиатр, член ВК

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач-психиатр высшей категории, член ВК

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата выдачи заключения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.