**Наименование работодателя,**

**электронная почта,**

**контактный телефон, ОКВЭД**

**Направление на обязательное психиатрическое освидетельствование в**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинской организации, адрес, ОГРН, электронная почта,

контактный телефон)

С целью определения пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности в соответствии с приказом Минздрава России от 20.05.2022г. №342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование», прошу провести обязательное психиатрическое освидетельствование работника:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ф.И.О.  |  |
| 2 | Дата рождения |  |
| 3 | Пол |  |
| 4 | Наименование структурного подразделения (при наличии) |  |
| 5 | Наименование должности (профессии) |  |
| 6 | Вид (виды) деятельности в соответствии с приложением №2 к приказу МЗ РФ от 20.05.2022г. №342н |  |
| 7 | Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров, предусмотренных статьей 220 ТК РФ (при их наличии) |  |

Дата выдачи направления «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Работодатель

(представитель работодателя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П. (Должность, Фамилия И.О., подпись)

Направление получил «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия И.О., подпись)