

Название организации \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Вид деятельности по ОКВЭД: \_\_\_\_\_

ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница № 5», г. Магнитогорск, ул. Коробова д.4  
Код по ОГРН 1027402168166, эл.почта: mail@ornb5-74.ru, телефон:8 (3519)27-15-00

**Направление на обязательное психиатрическое освидетельствование  
(предварительное, периодическое) № от**  
(нужное подчеркнуть)

Гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол работника)

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

Место работы: \_\_\_\_\_

Наименование должности (профессии) работника, направляемого на освидетельствование;

В соответствии с приложением №2 приказа Минздрав РФ от 20.05.2022 № 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» работник направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения его пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности (указать вид деятельности): \_\_\_\_\_

Сведения о заключениях, выданных по результатам обязательных предварительных и (или) периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных статьей 220 Трудового кодекса Российской Федерации

Дата выдачи направления работнику. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должностное лицо) (подпись) (фамилия, инициалы)

**Информированное добровольное согласие  
на обязательное психиатрическое освидетельствование**

(заполняется работником при получении направления от представителя работодателя)

Я (ФИО) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. Подпись работника \_\_\_\_\_

**Добровольное согласие работника на передачу медицинского заключения по  
результатам обязательного психиатрического освидетельствования**

Я (ФИО) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю согласие на передачу медицинского заключения по результатам обязательного психиатрического освидетельствования работодателю.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. Подпись работника \_\_\_\_\_