

гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение:

М.П. (при наличии)

*Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 ноября 2021 г. N 1079н*

ФОРМА

Наименование ответственной
медицинской организации

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Адрес _____
Лицензия _____

Медицинская документация
Форма N 001-ИЗ

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ N ____ О НАЛИЧИИ (ОТСУТСТВИИ) ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

от " __ " _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Дата рождения: число __ месяц ____
год ____;
место рождения _____
3. Пол (мужской/женский) _____
4. Документ, удостоверяющий личность _____
(N, серия, дата и место выдачи)
5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)

(нужное подчеркнуть)

субъект Российской Федерации _____ район

_____ город _____ населенный пункт

_____ улица _____ дом _____ корпус _____ квартира

6. Сведения об имеющемся гражданстве _____

7. Страна постоянного
(преимущественного) проживания _____

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

9. Заключение _____

(отсутствие инфекционных заболеваний)

Врач-фтизиатр _____

фамилия, имя, отчество (при наличии),
подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата освидетельствования)

М.П. (при наличии)

Уполномоченное лицо медицинской
организации _____

должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата освидетельствования)

М.П. (при наличии)

10. Заключение _____

(отсутствие инфекционных заболеваний)

Врач-дерматовенеролог _____

фамилия, имя, отчество полностью (при
наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)

Уполномоченное лицо медицинской
организации _____

должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)

11. Заключение _____

(отсутствие инфекционных заболеваний)

Врач-инфекционист _____

фамилия, имя, отчество (при наличии),
подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)

Уполномоченное лицо медицинской
организации

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)
12. Заключение

(отсутствие инфекционных заболеваний)

Врач-терапевт

фамилия, имя, отчество (при наличии),
подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)
Уполномоченное лицо медицинской
организации

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П. (при наличии)
13. Медицинское заключение:

Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих
опасность для окружающих (нужное подчеркнуть).

Уполномоченное лицо медицинской
организации

(должность)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

"__" _____ 20__ г.
(дата)

М.П