|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Полное наименование организации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОКВЭД/ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**НАПРАВЛЕНИЕ  
НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ**

Ф.И.О.

Дата рождения

Место работы

Адрес регистрации:

в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на обязательное психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности

(перечень выполняемых работ и вредных и (или) опасных производственных факторов)

Специалист по ОТ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должностное лицо) |  | (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | г. |

**М.П.**