Главный врач

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» Е.Г. Майоровой

**№ мед. книжки**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать номер ЛМК)

|  |
| --- |
| от кого |
| (Ф.И.О.) |
|  |
|  |
| адрес регистрации: |
| (домашний адрес) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу:

1. Выдать личную медицинскую книжку;
2. Провести профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию:

|  |
| --- |
| - при поступлении на работу, |
| - повторно. |
| (нужное подчеркнуть) |

|  |
| --- |
| Место работы |
| (наименование организации) |
| (индивидуальный предприниматель) |
| Должность |

В соответствии с ФЗ РФ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в собственных интересах даю согласие ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» на обработку моих персональных данных.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата« | » | 20 | г. | / |
|  |  |  | (подпись заявителя) | (расшифровка подписи) |