

Додаток 2
до Інструкції про порядок
проведення обов'язкових
психіатричних оглядів
у Службі безпеки України

СЛУЖБА БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

(найменування лікувально-профілактичного закладу СБУ)

МЕДИЧНА ДОВІДКА № _____
про проходження обов'язкових попереднього
та періодичного психіатричних оглядів

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Число, місяць та рік народження __.__.____

3. Місце проживання _____

4. Дата проходження огляду __.__.20__

5. Результати огляду:

а) психіатричних протипоказань для виконання _____
(вид професійних обов'язків)

б) психіатричних протипоказань для провадження _____
(вид діяльності)

6. Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією

7. Довідка дійсна до __.__.20__

Лікар-психіатр

(підпис)

(ініціал імені, прізвище)

М.П.

(місце печатки лікаря-психіатра)

М.П.

(місце печатки лікувально-профілактичного закладу СБУ)