

Наименование и адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности), основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП)



Регистрационный номер и дата предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

Медицинская документация
Учетная форма № 001-СВ/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «15» июля 2025 г. №414н

Медицинское заключение серия

№

о наличии (об отсутствии) у судоводителей маломерных судов
(кандидатов в судоводители маломерных судов) медицинских противопоказаний
или медицинских ограничений к управлению маломерными судами

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) освидетельствуемого: _____

2. Дата рождения освидетельствуемого: « _____ » _____ г.

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета освидетельствуемого _____

4. Адрес регистрации по месту жительства (по месту пребывания) освидетельствуемого:

субъект Российской Федерации _____ ,

район _____ ,

населенный пункт _____ ,

улица _____ , дом _____ ,

строение (корпус) _____ , квартира _____

5. Выявлено:

наличие (отсутствие) (нужное подчеркнуть) медицинских противопоказаний
к управлению маломерными судами;

наличие (отсутствие) (нужное подчеркнуть) медицинских ограничений
к управлению маломерными судами.

6. Обязательное медицинское освидетельствование проведено в связи с возвратом удостоверения на право управления маломерным судном после истечения срока лишения права управления маломерным судном, либо в связи с возвратом удостоверения на право управления маломерным судном после отбытия наказания в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью (в случае лишения права управления маломерным судном): да (нет) (нужное подчеркнуть).

7. Дата выдачи медицинского заключения: « _____ » _____ г.

8. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, оформившего медицинское заключение: _____

М.П. медицинской организации
(при наличии)