

Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь
Установа адукацыі
"Гродзенскі дзяржаўны ўніверсітэт імя Янкі Купалы"

(назва факультэта)

Адрас: _____
Тэлефоны: _____

НАПРАВЛЕНИЕ
на предварительный/периодический медосмотр*

в учреждение здравоохранения _____
(наименование организации (структурного (обособленного) подразделения))

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) обучающегося _____

Факультет _____

Специальность _____

Курс _____

Число, месяц, год рождения _____

Место жительства (место пребывания) _____

Профессия (должность) _____

База практики _____

Название практики _____

Дата проведения предыдущего медицинского осмотра _____

Декан факультета _____ / _____
_____ 20__

М.П.

* – основанием для прохождения на бесплатной основе медицинских осмотров обучающихся являются следующие документы:

Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10.02.2009 № 182 «Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения»;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2019 № 74 «О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих».