

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР(ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Дата выдачи: _____

Организация, выдавшая направление: ОГБПОУ

«Чухломский лесопромышленный техникум имени Ф.В.Чижова
Костромской области»

Электронная почта: lizey06@mail.ru

Контактный телефон: 2-20-01

ОКВЭД 85.21

Наименование медицинской организации: ОГБУЗ «Чухломская ЦРБ»

Адрес фактического места нахождения: Костромская область, г. Чухлома,
ул.Калинина, д.64,

Код по ОГРН: 1024401434980

Электронная почта: chuhloma30@lpu.dzo-kostroma.ru

Контактный телефон: 2-11-10

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения: _____

Пол _____

Наименование структурного подразделения: Абитуриент
по профессии Мастер по лесному хозяйству

Наименование должности (профессии) или вида работы: Водитель, Тракторист

Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в
соответствии со списком контингента: п.18.1, п.п. 18.2

Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного
медицинского страхования: _____

Секретарь приемной комиссии _____/_____/

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР(ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Дата выдачи: _____

Организация, выдавшая направление: ОГБПОУ

«Чухломский лесопромышленный техникум имени Ф.В.Чижова
Костромской области»

Электронная почта: lizey06@mail.ru

Контактный телефон: 2-20-01

ОКВЭД 85.21

Наименование медицинской организации: ОГБУЗ «Чухломская ЦРБ»

Адрес фактического места нахождения: Костромская область, г. Чухлома,
ул.Калинина, д.64,

Код по ОГРН: 1024401434980

Электронная почта: chuhloma30@lpu.dzo-kostroma.ru

Контактный телефон: 2-11-10

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения: _____

Пол _____

Наименование структурного подразделения: Абитуриент
по профессии Повар, кондитер

Наименование должности (профессии) или вида работы: Повар, кондитер

Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в
соответствии со списком контингента: п.23

Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного
медицинского страхования: _____

Секретарь приемной комиссии _____ / _____ /

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР(ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Дата выдачи: _____

Организация, выдавшая направление: ОГБПОУ

«Чухломский лесопромышленный техникум имени Ф.В.Чижова
Костромской области» (Солигаличский филиал)

Электронная почта: lizey06@mail.ru

Контактный телефон: 2-20-01

ОКВЭД 85.21

Наименование медицинской организации: ОГБУЗ «Солигаличская РБ»

Адрес фактического места нахождения: Костромская область, г. Солигалич,
ул. Коммунистическая, д. 52

Код по ОГРН: 1024401435233

Электронная почта: **solicrb@lpu.dzo-kostroma.ru**

Контактный телефон: **8 (49436) 51501**

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения: _____

Пол _____

Наименование структурного подразделения: Абитуриент

по профессии Тракторист-машинист с/х производства

Наименование должности (профессии) или вида работы: Водитель, Тракторист

Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в
соответствии со списком контингента: п.18.1, п.п. 18.2

Номер медицинского страхового полиса обязательного и (или) добровольного
медицинского страхования: _____

Секретарь приемной комиссии _____ / _____ /