***О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения
Свердловской области от 01.09.2022 № 1988-п «О деятельности врачебных комиссий для проведения обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, а также граждан, осуществляющих отдельные виды деятельности, не являющиеся профессиональными»***

В соответствии со статьей 101 Областного закона от 10.03.1999 № 4-ОЗ
«О правовых актах в Свердловской области»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в Положение о деятельности врачебных комиссий по проведению обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, а также граждан, осуществляющих отдельные виды деятельности, не являющиеся профессиональными, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 01.09.2022 № 1988-п
«О деятельности врачебных комиссий для проведения обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, а также граждан, осуществляющих отдельные виды деятельности, не являющиеся профессиональными» (далее – Приказ) следующие изменения:
2. в пункте 1 слова «(далее – приказ № 324н)» заменить словами
«(далее – приказ № 342н)»;
3. в абзаце девятом части первой пункта 4 слова «приказа № 324н» заменить словами «приказа № 342н».
4. Внести изменения в форму заключения врачебной комиссии по результатам обязательного психиатрического освидетельствования (приложение № 5), утвержденную Приказом, изложив ее в новой редакции (приложение).
5. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru).
6. Копию настоящего приказа в 7-дневный срок направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и Прокуратуру Свердловской области.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Свердловской области С.Б. Туркова.

Министр А.А. Карлов

Приложение

### к приказу Министерства здравоохранения

### Свердловской области

### от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 5

### к приказу Министерства здравоохранения

### Свердловской области

### от 01.09.2022 № 1988-п

Штамп учреждения

**Заключение врачебной комиссии**

**по результатам обязательного психиатрического освидетельствования**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

1. Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование и адрес учреждения здравоохранения)

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1. Пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть)
2. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

По результатам обязательного психиатрического освидетельствования медицинские психиатрические противопоказания

к владению оружием / управлению автотранспортом *(нужное подчеркнуть)*

отсутствуют / имеются *(нужное подчеркнуть)*

Врачебная комиссия:

Председатель: врач психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Члены комиссии: врач психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*подпись) (расшифровка подписи)*

 врач психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

МП