



---

## Форма справки о состоянии здоровья

---

### Медицинскому работнику:

Настоящая форма должна использоваться в отношении пациентов, которые направляются на обязательное обследование у врача, помощника врача или практикующей медсестры для подачи заявления на получение лицензии на работу в индустрии красоты и в парикмахерской сфере. Заполните нижеследующую часть формы и укажите в конце дату и подпись.

### Лицу, подающему заявление на получение лицензии для работы в индустрии красоты и/или в парикмахерской сфере.

Вам необходимо пройти медицинский осмотр, чтобы подать заявление на получение лицензии для работы в сфере косметологии, ухода за внешностью, маникюра/педикюра, укладки натуральных волос, восковой депиляции и в парикмахерской сфере. Вашему врачу, помощнику врача или практикующей медсестре необходимо заполнить данную форму справки, подписать ее и указать в конце дату. Вам необходимо подать свое заявление на получение лицензии онлайн в течение 30 дней со дня медосмотра.

### Инструкции:

При подаче заявления на получение лицензии онлайн необходимо использовать информацию, указанную в данной справке. Необходимо ввести информацию, содержащуюся в этой форме, в поля с данными о состоянии здоровья.

**Примечание:** Для обеспечения выполнения данного требования заполненная форма "Справка о состоянии здоровья" подлежит проверке инспектором. В целях проверки документы, подтверждающие информацию, указанную в данной форме, должны храниться на вашем месте работы в течение 3х лет.

---

---

## Справка о состоянии здоровья:

Я являюсь надлежащим образом лицензированным врачом G, надлежащим образом лицензированным помощником врача G или надлежащим образом лицензированной практикующей медсестрой G и настоящим заявляю,

что в ходе планового обследования \_\_\_\_\_ состоявшегося

(имя заявителя)

\_\_\_\_\_, мной не было выявлено клинических доказательств  
(дата проведения обследования)

наличия инфекционных или контагиозных заболеваний, представляющих серьезный риск или прямую угрозу здоровью или безопасности населения при выполнении заявителем своих профессиональных обязанностей.

Имя врача печатными буквами: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_