|  |  |
| --- | --- |
| **ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА** **МОСКВЫ**  Филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы  **«ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. Н.А. АЛЕКСЕЕВА Департамента здравоохранения**  **города Москвы»**  **«Психоневрологический диспансер № 15»**  www.pkb1.ru; [pkb1-pnd15@zdrav.mos.ru](mailto:pkb1-pnd15@zdrav.mos.ru)  101000, Москва, Армянский пер., д. 3-5, стр. 4  тел./факс: (495) 623-55-05  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  На №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Наименование медицинского**  **учреждения**  (заполняется заявителем):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес электронной почты**  **медицинского учреждения**  (заполняется заявителем):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Просим сообщить, находился (находится) под наблюдением врача-психиатра или обращался за помощью к врачу-психиатру:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Зарегистрирован(а) по адресу:** |  |
| **Паспорт:** | серия\_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Телефон** |  |

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения (нужное подчеркнуть):

- для получения водительского удостоверения,

- для получения лицензии на право владения оружием,

- для устройства на работу,

- по личному требованию.

**Убедительная просьба ответ направить по электронной почте: pkb1-pnd15@zdrav.mos.ru или почтой по адресу: 101000, Москва, Армянский пер., д. 3-5, стр. 4.**

**Заведующий филиалом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.А. Сединкин**

К сведению заявителя:

Для получения справки от врача-психиатра по месту регистрации о том, состоите ли Вы на психиатрическом учете, Вам необходимо:

– выяснить, где по месту регистрации ведется психиатрический учет граждан (в городах обычно имеются психоневрологические диспансеры, в селах и хуторах – региональный психоневрологический диспансер в ближайшем крупном городе либо поликлиническое отделение в селе, либо районная больница, находящаяся в одном из сел или близлежащих городов)

– самостоятельно найти адрес электронной почты того учреждения, в котором ведется психиатрический учет (например, в Интернет).

**Подписывая данное заявление, выражаю свое добровольное согласие на предоставление информации о том, нахожусь ли я под наблюдением у врача-психиатра по месту постоянной регистрации, передачу данных по незащищенным каналам связи и на обработку моих персональных данных в филиале ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**