**Главному врачу**

**ФБУЗ**

**«Центр гигиены и эпидемиологии**

**в Ярославской области»**

## Малицкому Б.А.

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия:\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_**

**выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# ЗАПРОС

Прошу восстановить медицинскую книжку в связи с утерей. Профессионально-гигиеническую подготовку проходил (а)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Согласие на обработку персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись