

**ГБУЗ «Тихорецкая ЦРБ» МЗКК
Детская районная поликлиника**

**ГИГИЕНИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Начат: _____

Окончен: _____

№ п\п	Дата	Ф.И.О. работника (последнее при наличии)	Должность	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудников и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей	Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом) <i>Допущен</i>	Подпись медицинского работника (ответственно го лица)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 290930343710282493392205396682444359568355846731

Владелец Власюк Светлана Анатольевна

Действителен с 05.09.2023 по 04.09.2024