

Порядок работы

учебного структурного подразделения университета по организации прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров студентами перед практикой.

Обучающиеся университета перед прохождением всех видов практик на предприятиях, в учреждениях и организациях в соответствии с приложением № 1 к приказу № 767 от 25 ноября 2011г. «О прохождении обучающимися университета предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)» проходят предварительные и периодические медицинские осмотры не реже 1 раза в год.

№ п/п	Содержание	Сроки исполнения
1.	Изучение приказа № 767 от 25 ноября 2011г. «О прохождении обучающимися университета предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)» (на сайте САФУ). Выявление групп или студентов, которым необходимо пройти медицинский осмотр перед практикой.	За 1 месяц до начала практики
2.	При прохождении студентом производственной практики на рабочем месте направление на медицинский осмотр и оплату его осуществляет работодатель.	За 1,5-2 недели до начала практики
3.	При прохождении практики в качестве практиканта обучающийся предъявляет справку о здоровье, полученную в поликлинике по месту жительства, или проходит медицинский осмотр по направлению института в поликлинике № 2 г. Архангельска, с которой подписан договор. ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника № 2» находится по адресу: г. Архангельск, ул. Северодвинская, 16, каб.15.	За 1,5-2 недели до начала практики
4.	Порядок прохождения медицинского осмотра группой обучающихся в поликлинике № 2: <ul style="list-style-type: none">• приобретение обучающимися медицинских книжек по адресу: Центр гигиены и эпидемиологии в Архангельской области, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 164, корп. 1. Стоимость медицинской книжки – 157.00 руб. При себе иметь паспорт и фотографию размером 3*4 (см).• руководитель практики готовит заявку о	За 1 месяц до начала практики

	<p>проведении медицинских осмотров на имя главного врача ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника №2 » Лузановой Ольги Юрьевны по утверждённой форме (форма заявки и списка обучающихся прилагается). Заявку принимают по адресу: ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника №2 », ул. Северодвинская, д.16, каб. № 105, тел.: 68-38-35, 68-19-36.</p> <p>Руководителю практики при наличии списка обучающихся (2-ой экземпляр) выписывают счет на оплату медицинских услуг, предоставляют прейскурант цен и оговаривают дату медицинского осмотра в отделении платных услуг (каб. №15 или каб. №19). Заведующая отделением платных услуг - Смирнова Татьяна Николаевна, тел.: 68-29-43.</p> <ul style="list-style-type: none">• Руководитель практики приносит счет, прейскурант цен, список обучающихся в отдел по практикам специалисту отдела Сорокиной Наталье Георгиевне по адресу: САФУ имени М.В. Ломоносова, набережная Северной Двины, 17, ауд. № 1216.• По выполнении работ в отделении платных услуг выписывают счет-фактуру и акт об оказании услуг. Документы поступают в отдел по практикам Сорокиной Н.Г.	
--	--	--

Отдел по практикам УОМООП

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**«СЕВЕРНЫЙ (АРКТИЧЕСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА»**
(САФУ)

Главному врачу ГБУЗ АО
«Архангельская городская
поликлиника № 2»
Лузановой О.Ю.

Институт _____
Адрес: _____
E-mail: _____
http:// _____
Факс: 8(8182) _____
Телефон: 8(8182) _____
_____ № _____
На № _____ от _____

ЗАЯВКА

В соответствии с Договором об оказании платных медицинских услуг от 10.11.2011г. просим провести профилактический медицинский периодический осмотр (обследование) студентов _____ курса института _____ САФУ имени М.В. Ломоносова для прохождения _____ практики
(вид практики)

(типы учреждений, предприятий, организаций, где проходит практика студентов)

Сроки прохождения практики: _____

*Список студентов прилагается.

Директор института

(подпись)

ФИО, контактный телефон руководителя практики

*Список студентов оформляется в виде таблицы и заверяется подписью директора института

**Список студентов института _____
специальности (направлению подготовки) _____ на
профилактические медицинские осмотры студентов**

№	ФИО студента	Дата рождения	Адрес фактического места проживания	Курс	Специализация (в качестве кого направляется на практику)	Количество
Итого:						

Исп. Горлач Наталья Анатольевна
Тел. 8 (8182) 41-28-72

