



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ»  
(ГУ ЛНР «ЛРЦЭМП и МК»)**

**Лаборатория психофизиологического обеспечения**

ул. Щаденко, 10а, г. Луганск, 91005, тел./факс. (0642) 50-81-10,  
e-mail: ambulance.lg@gmail.com; web: centremp-lnr.su

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Ф. И. О.  
ДАТА РОЖДЕНИЯ  
МЕСТО РАБОТЫ  
ДОЛЖНОСТЬ  
Вид работы  
Вид ПФЭ  
Дата проведения ПФЭ

Результаты психофизиологической экспертизы:

1. <u>Уровень функционального состояния:</u>			
психического	Высокий	Средний	Низкий
психофизиологического	Высокий	Средний	Низкий
физиологического	Высокий	Средний	Низкий
		<u>(нужное подчеркнуть)</u>	
2. <u>Уровень психофизиологической адаптации:</u>	Высокий	Средний	Низкий
		<u>(нужное подчеркнуть)</u>	

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. По своим профессионально важным психофизиологическим качествам в полной мере соответствует профессиональным требованиям к выполнению (*Указать Вид работы, согласно направления или заявления на ПФЭ*).

2. Может быть допущен к выполнению работ (*Указать Вид работы, согласно направления или заявления на ПФЭ*).

1 группа ПФЭ  
2 группа ПФЭ  
3 группа ПФЭ  
4 группа ПФЭ

«ПРИГОДЕН»  
«ПРИГОДЕН» с ограничением  
«УСЛОВНО ПРИГОДЕН» с ограничением  
«НЕ ПРИГОДЕН»

+

Специалист, проводящий ПФЭ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись    дата    Ф.И.О

Начальник ЛПФО

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись    дата    Ф.И.О

Врио директора ГУ ЛНР «ЛРЦЭМП и МК»

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись    дата    Ф.И.О

М.П.