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. Уровень функционального состояния:

психического	Высокий	Средний	Низкий
психофизиологического	Высокий	Средний	Низкий
физиологического	Высокий	Средний	Низкий

(нужное подчеркнуть)

2. Уровень психофизиологической адаптации: Высокий Средний Низкий
(нужное подчеркнуть)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. По своим профессионально важным психофизиологическим качествам в целом соответствует профессиональным требованиям к выполнению *(Указать Вид работы, согласно направлению или заявлению на ПФЭ).*

2. Отмечается отклонение от нормы: *(Указать отклонение от нормы психофизиологических показателей).*

3. Может быть допущен к выполнению работ *(Указать Вид работы, согласно направлению или заявлению на ПФЭ).*

1 группа ПФЭ	**«ПРИГОДЕН»**	
2 группа ПФЭ	**«ПРИГОДЕН»** с ограничением	+
3 группа ПФЭ	**«УСЛОВНО ПРИГОДЕН»** с ограничением	
4 группа ПФЭ	**«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.