*Приложение № 27*

**Гигиенический журнал (сотрудники)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата | Ф. И. О. работника (последнее при наличии) | Должность | Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудника и членов семьи | Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела | Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом)(допущен / отстранен) | Подпись медицинского работника (ответственного лица) |
| 1. |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |