|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **На официальном бланке медицинской организации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на № \_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

**СПРАВКА**

Дана **ФИО**, **\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения** в том, что **он/она** работает в **наименование медицинской организации** (**город** \_\_\_\_\_\_) **с «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020** г. **по «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_ 2020** г. в **должности** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **отделения** перепрофилированного для лечения новой короновирусной инфекции (COVID-19) в объеме \_\_\_\_\_ **ставки**.

Начиная **с «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020** года, **ФИО по «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_ 2020** г. осуществляет трудовую деятельность в эпидемических условиях распространения новой короновирусной инфекции, непосредственно оказывая помощь больным с новой короновирусной инфекией COVID-19, с внебольничной пневмонией и тяжелыми формами ОРВИ в условиях круглосуточного стационара **в объеме \_\_\_\_\_ ставки.**

Заверяется печатью организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач медицинской организации |  |  |
|  | подпись | (ФИО) |
| Руководитель кадровой службы |  |  |
|  | подпись | (ФИО) |