**ООО « »**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Главному врачу**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медучереждения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

**Уважаемый (ая) !**

Прошу Вас предоставить медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести (учетная форма №315/у) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, должность), а так же указать нахождение пострадавшего в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (нет, да), в соответствии с заключением по результатам освидетельствования, проведенного в установленном порядке.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Генеральный директор** |  |  |