**ЖУРНАЛ**

**учета участников ГИА, обратившихся к медицинскому работнику во время проведения итогового собеседования по русскому языку**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **(наименование и адрес образовательной организации, на базе которой расположен ППЭ)** |

|  |
| --- |
| **(Код ППЭ)** |

1. |
| 2. |
| 3. |
| **(«Ф.И.О. / Подпись/Дата» медицинских работников, закрепленных за ППЭ в дни проведения ИС)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **НАЧАТ** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  |

 |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОКОНЧЕН** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Обращение**  | **Фамилия, имя, отчество участника ИС** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры** *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | **Время выхода из медицинского кабине-та** | **Подпись участни-ка ИС** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь** |
| **участник ГИС ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧ-НОМ ЗАВЕРШЕ-НИИ ИС** | **СОСТАВ-ЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ИС** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№** | **Обращение**  | **Фамилия, имя, отчество участника ИС** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры** *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | **Время выхода из медицинского кабине-та** | **Подпись участни-ка ИС** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь** |
| **участник ИС ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧ-НОМ ЗАВЕРШЕ-НИИ ИС** | **СОСТАВ-ЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ИС** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№** | **Обращение**  | **Фамилия, имя, отчество участника ИС** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры** *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | **Время выхода из медицинского кабине-та** | **Подпись участни-ка ИС** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь** |
| **участник ИС ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧ-НОМ ЗАВЕРШЕ-НИИ ИС** | **СОСТАВ-ЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ИС** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№** | **Обращение**  | **Фамилия, имя, отчество участника ИС** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры** *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | **Время выхода из медицинского кабине-та** | **Подпись участни-ка ИС** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь** |
| **Участник ИС ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧ-НОМ ЗАВЕРШЕ-НИИ ИС** | **СОСТАВ-ЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ИС** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |