**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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |