Приложение № 1

*Наименование организации*

*адрес фактического расположения*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование контингента в соответствии с п.1.1. - 1.4 Постановления** | **Список граждан с указанием ФИО полностью и даты рождения подлежащих обязательной вакцинации согласно Постановлению, из них:** | **Адрес регистрации и адрес фактического проживания** | **Номер СНИЛС** | **номер страхового медицинского полиса** | **Переболел COVID-19 не более 6 месяцев назад\* (да/нет)** | **Вакцинирован \*****(да/нет)** | **Находятся в стадии вакцинации\*** | **получено согласие на****вакцинацию****(да/нет)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Формирование подлежащих вакцинации осуществляется в соответствии с разъяснениями по организации вакцинации в организованных рабочих коллективах (трудовых коллективах) и порядку учета вакцинированных (письмо заместителя Министра труда и социальной защиты РФ и Заместителя Руководителя Федеральной службы Роспотребнадзор

*Контактное лицо*

*Тел. для связи*