

ЖУРНАЛ

учета участников, обратившихся к медицинскому работнику во время проведения единой городской контрольной работы в формате единого государственного экзамена

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

--

(Код ППЭ)

№ п/п	ФИО	Дата	Подпись
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

(сведения о медицинских работниках, закрепленных за ППЭ в дни проведения контрольной работы)

НАЧАТ	« ____ » _____ 2024 г.
-------	------------------------

ОКОНЧЕН	« ____ » _____ 2024 г.
---------	------------------------

