

ЖУРНАЛ

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

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

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

