

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.
---------	---------------------

