

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	«___» _____ 2025 г.
--------------	---------------------

ОКОНЧЕН	«___» _____ 2025 г.
----------------	---------------------

№ п/п	Обращение		Фамилия, имя, отчество (при наличии) участника	Номер аудитории	Причина обращения	Принятые меры (в соответствующем поле поставить «X»)		Подпись участника	Подпись медицинского работника
	дата	время				Оказана медицинская помощь, участник ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ	Оказана медицинская помощь и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10