

# 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.
---------	----------------------

