1. Сведения о наличии, квалификации специалистов и их соответствии

лицензионным требованиям.

\_\_\_\_\_\_(наименование соискателя лицензии)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Ф.И.О. (полностью),дата рождения | Сведения об образовании.Рег.№ диплома, дата выдачи,кем выдан  | Сведения о наличии медицинских справок\*, №, дата выдачи,кем выдана | Сведения о наличии заключений \*\*органов внутренних дел№, дата выдачиКем выданы |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| и т.д. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 \*выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;

 \*\*заключения органов внутренних дел об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Руководитель юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (Ф.И.О.)*