ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства освіти і науки України,
Міністерства охорони здоров'я України
29 серпня 2016 року № 1027/900

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ ☐☐☐☐☐☐☐☐	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 086-3/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України ☐☐☐☐☐☐☐☐ № ☐☐☐☐

МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК №_____
про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Дата видачі "_____" _____20_____ року

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____

2. Дата народження (число, місяць, рік) _____

3. Місце проживання особи _____

4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____

6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

/____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови)

/____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови) /____/____/____/____/ (код умови)

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Голова медичної комісії (ЛКК) _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Члени медичної комісії (ЛКК): _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

М.П.
(закладу охорони здоров'я або ЛКК)