



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ.  
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.  
М.П.

1. Тегі \_\_\_\_\_  
Фамилия Федоргина

2. Аты \_\_\_\_\_  
Имя Наталья

3. Экесінің аты (бар болса) \_\_\_\_\_  
Отчество (при наличии) Криевна

4.  № 022699518  
сериясы/серия номрі/номер

5. Кітапша иесінің жеке колы \_\_\_\_\_  
Личная подпись владельца Л.Н.

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы  
Серия личной медицинской книжки

AA № 789250

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫН  
ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР  
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ  
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы учитель  
Основная профессия

2. Лауазымы учитель  
Должность

3. Жұмыс орны КГУ, физико-математический лицей № 2  
Место работы

4. Тұған жылы, айы, күні 14.09.1983  
Дата рождения

5. Мекен-жайы г. Махачкала  
Место жительства

ул. Гагарина 8а/2

**13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ**

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « _____ » жыл, күн, айда допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сактау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., көзі, мор (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
08.	08.07.2023	ДЭРІГЕР ВРАЧ
Работает может Этот разрешение работы может использоваться до 08.07.2023 г.		
Работать может 08.07.2023 г.		

*жыл, күн, айда  
допуск к работе  
дата, месяц, год*

*Денсаулық сактау  
субъектілерінің жауапты  
маманының Т.А.Ә., көзі, мор  
(бар болса)  
Ф.И.О., подпись ответственного  
специалиста субъектов  
здравоохранения, печать  
(при наличии)*

**13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ**

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « _____ » жыл, күн, айда допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сактау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., көзі, мор (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
08.	08.07.2023	ДЕНСАУЛЫҚ САКТАУ СУБЪЕКТИЛЕРИНІҢ ЖАУАПТЫ МАМАНЫНЫҢ Т.А.Ә., КӨЗІ, МОР (БАР БОЛСА) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
ДЕРІГЕР ВРАЧ		
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА		
ЛЮБОВЬ МИХАИЛОВНА КОЛДУНОВА		

*жыл, күн, айда  
допуск к работе  
дата, месяц, год*

*Денсаулық сактау  
субъектілерінің жауапты  
маманының Т.А.Ә., көзі, мор  
(бар болса)  
Ф.И.О., подпись ответственного  
специалиста субъектов  
здравоохранения, печать  
(при наличии)*

*ДЕНСАУЛЫҚ САКТАУ  
СУБЪЕКТИЛЕРИНІҢ ЖАУАПТЫ  
МАМАНЫНЫҢ Т.А.Ә., КӨЗІ, МОР  
(БАР БОЛСА)  
Ф.И.О., подпись ответственного  
специалиста субъектов  
здравоохранения, печать  
(при наличии)*

*ДЕРІГЕР  
ВРАЧ*

*ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА*

*ЛЮБОВЬ МИХАИЛОВНА КОЛДУНОВА*