Постановление

№116/119 от 02.12.2013г.

О порядке освидетельствования

на предмет нахождения в состоянии

алкогольного опьянения работников

**Акт проведения освидетельствования**

 ООО «Рога и копыта»

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_час \_\_\_\_мин

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(место составления)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, собственное имя, отчество работника, составившего акт проведения освидетельствования)*

провёл освидетельствование на состояние алкогольного опьянения работника

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, собственное имя, отчество работника, в отношение которого проводилось*

*освидетельствование)*

т.к. данный работник имел следующие признаки алкогольного опьянения:

- запах алкоголя изо рта \_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- выраженное изменение окраски кожных покровов лица\_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- затруднения при сохранении равновесия\_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- шатающаяся походка\_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- нарушения речи\_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- покраснение глаз\_\_\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

- сужение или расширение зрачков глаз, спонтанные движения глаз в горизонтальном направлении при их крайнем отведении в сторону\_\_\_\_\_\_; (да/нет)

Освидетельствование проводилось с применением аппарата «Алконт 01 су» с показаниями прибора \_\_\_\_\_ промилле.

Результат освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (трезв /пьян)

С результатами освидетельствования на состояние алкогольного опьянения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(согласен/ не согласен) (ФИО, подпись лица над которым*

 *проводилось освидетельствование)*

Работник отказался от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*(от проведения освидетельствования, от ознакомления с результатами освидетельствования, от освидетельствования в учреждении здравоохранения);*

Подпись должностного лица проводившего освидетельствование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_