**Информация**

**о выявленных случаях, имеющих признаки жестокого обращения с детьми**

**Приложение №2**

**Угловой штамп (бланк)**

**медицинского учреждения**

**Информация**

**о выявленных случаях, имеющих признаки жестокого обращения с детьми**

Довожу до Вашего сведения, что «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. в **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинского учреждения)

в сопровождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(данные о сопровождающем ( -их), степень родства (должность))

доставлен (-а) (обратился) несовершеннолетний (-яя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (-яя) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество) (Дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

По информации сопровождающего несовершеннолетний (-яя) получил (-а) травму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(описывается место, время причинения травмы, условия причинения)

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

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация передана**: 02 - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, время, кто принял)

Межрайонная прокуратура \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, исходящий номер)

Районная КДНиЗП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, исходящий номер)

Специалисты в сфере опеки и попечительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, исходящий номер)

**Руководитель медицинского учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Фамилия, И.О.)**