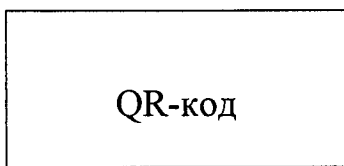


Приложение № 3  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г.  
№ 1053 н



№ \_\_\_\_\_

Форма

**Медицинский сертификат  
о профилактических прививках против новой коронавирусной  
инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях  
к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном  
новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Дата рождения (день, месяц, год) \_\_\_\_\_  
Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_  
Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_  
Страховой номер индивидуального лицевого счета (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Полис обязательного медицинского страхования (*при наличии*) \_\_\_\_\_  
Дата формирования сертификата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

**1. Информация о профилактических прививках против новой  
коронавирусной инфекции (COVID-19) (при наличии)**

Номер записи о вакцинации в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	Дата проведения вакцинации (ревакцинации)	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Наименование медицинской организации

**2. Информация о медицинских противопоказаниях к вакцинации (при наличии)**

Вид медицинских противопоказаний	Срок, на который установлены временные медицинские противопоказания	Наименование медицинской организации

**3. Информация о перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (при наличии)**

Номер записи о лице, перенесшем заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	Дата установления диагноза	Дата выздоровления (при наличии)	Наименование медицинской организации