Додаток 3
до Порядку організації
надання медичної допомоги
засудженим до позбавлення волі
(пункт 4 глави 1 розділу ІІ)

**ЖУРНАЛ
обліку фактів виявлення тілесних ушкоджень у засуджених**

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

(найменування установи виконання покарань)

Розпочато \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Закінчено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Інвентарний № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Дата і час виявлення тілесних ушкоджень | Прізвище, ім’я,по батькові (за наявності) та дата народження засудженого, у якого виявлено тілесні ушкодження | Обставини отримання тілесних ушкоджень (дата, час, місце та інші відомостіз довідки) | Прізвище (найменування посади) особи (осіб), яка (які), на думку засудженого, заподіяла(ли) йому тілесні ушкодження | Дата, час, власне ім’я та прізвище медичного працівника, який проводив огляд засудженого | Характер, розміри та локалізація виявлених тілесних ушкоджень на тілі засудженого | Дата, час,власне ім’я та прізвище начальника установи виконання покарань (чергового помічника), який отримав інформацію від медичного працівника | Дата і час направлення інформації прокурору,власне ім’я та прізвище медичного працівника, який направив інформацію | Дата і час направлення інформації до Державного бюро розслідувань, власне ім’я та прізвище медичного працівника, який направив інформацію\* | Вжиті заходи та дата прийняття рішення за результатами перевірки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Заповнюється у випадках, коли засуджений повідомляє, що тілесні ушкодження заподіяно особами рядового та/або начальницького складу Державної кримінально-виконавчої служби України.