**Заявка на предоставление доступа в Систему мониторинга проведения диспансеризации   
детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров**

Прошу предоставить пользователям доступ в промышленную версию Системы мониторинга проведения диспансеризации   
детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров.

Сведения о пользователях приведены в таблице 1.

Таблица 1. Сведения о пользователях

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | СНИЛС | ФИО (полностью) | Адрес электронной почты | Субъект  РФ | Полное наименование организации | Краткое наименование организации | OID  **Организации**  в ФРМО | Наименование роли (Пользователь МО, Пользователь ОУЗ, Пользователь МЗ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Выберите элемент. |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Фамилия И.О./

М.П.

**Инструкция по заполнению заявки на предоставление доступа**

* + - 1. Заявка оформляется в строгом соответствии с форматом. Для каждого пользователя должна быть указана роль из перечисленных в таблице 2.
      2. Заявка должна быть подписана:
* руководителем медицинской организации (для медицинских организаций, определенных руководителями органов исполнительной власти субъектов РФ, оказывающими первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним, а также имеющим необходимые лицензии на осуществление медицинской деятельности);
* руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (для органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья);
* директором профильного департамента Министерства здравоохранения Российской Федерации (для сотрудников Министерства здравоохранения Российской Федерации).
  + - 1. На заявке должна быть поставлена печать:
* медицинской организации;
* органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Скан-копию подписанной заявки в формате .pdf или .jpg, а также заполненную заявку в формате .doc или .docx, необходимо направить на электронный адрес службы технической поддержки ЕГИСЗ [egisz@stp-egisz.ru](mailto:egisz@stp-egisz.ru).

**Таблица 2. Описание пользовательских ролей**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Перечень сведений/ Роли** | **Сведения о должностных лицах (Ввод данных)** | **Сведения о ребенке (Карта ребенка)** | **Сведения о карте осмотра (Карта обследования)** | **Отчетность (Мониторинг)** | **Форум** | **Уведомления** | **Портал ЕГИСЗ** |
| **Пользователь МО** | Создание/ изменение/ просмотр в пределах своей МО | | | Просмотр в объеме данных МО | Просмотр/ изменение | Просмотр/ изменение в объеме данных МО | Просмотр |
| **Пользователь ОУЗ** | - | Просмотр в пределах своего субъекта РФ | | Просмотр в объеме данных ОУЗ | Просмотр/ изменение | Просмотр/ изменение в объеме данных ОУЗ | Просмотр |
| **Пользователь МЗ** | - | Просмотр в пределах всей РФ | | Просмотр | Просмотр/ изменение | Просмотр/ изменение | Просмотр |