

ПРОГРАММА

| Время | Наименование видов услуг | Примечание |
|-------|--------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|-------------------------|
| Медицинский сертификат (Приложение № 2) | Требуется/ не требуется |
| Заявление о признании риска и снятии ответственности (Приложение № 3) | Требуется/ не требуется |
| Полисы страхования на каждого Участника подготовки | Требуется/ не требуется |

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

_____/

М.П.

/ _____/

М.П.

МЕДИЦИНСКИЙ СЕРТИФИКАТ *(образец)

| | | | |
|--|---|--------------|---------|
| Ф.И.О.: | | | |
| Пол: | | | |
| Дата рождения: | | | |
| Паспортные данные: | | | |
| Род занятий: | | | |
| Медицинская страховка №: | | | |
| Вредные привычки: | | | |
| Аллергические реакции: | | | |
| Перенесенные операции: | | | |
| Перенесенные инфекционные заболевания: | | | |
| Вес:** | | Рост:** | |
| | | Рост сидя:** | |
| Прививки: | | | |
| Медицинские обследования | Терапевт: | | |
| | Хирург: | | |
| | Невропатолог: | | |
| | Психиатр: | | |
| | Другие специалисты <i>(указать)</i> *** | | |
| Результаты анализов | Кровь | | |
| | Моча | | |
| | Кровь (биохим.) | | |
| Дата | Специальность врача | Ф.И.О. | Подпись |
| | | | |
| | | | |
| Заключение/Диагноз/Рекомендации | | | |

Руководитель медицинского учреждения _____ / _____ / М.П.

Примечания:

1. * Персонифицированный Медицинский сертификат является конфиденциальным документом и передается сотруднику медицинского управления ФГБУ «НИИ ЦПК имени Ю.А. Гагарина» в срок, установленный договором. Передача по электронной почте или по факсу возможна только при согласии Участника подготовки.
2. ** Для вращения на центрифуге и полетов на невесомость не требуется.
3. *** Для тренировок в гидролаборатории необходим осмотр дерматолога, для женщин необходим осмотр гинеколога.
4. При отсутствии противопоказаний в соответствующей строке указывается: «**норма**». Наличие противопоказаний фиксируется и аргументируется.

**Заявление
о признании риска и снятии ответственности (образец)**

Я _____
(Ф.И.О., паспортные данные, домашний адрес, телефон)

_____ настоящим подтверждаю, что я поставлен в известность о риске, имеющем место при участии в экспериментах, максимально приближенных к условиям космического полета, проводимых на базе ФГБУ «НИИ ЦПК имени Ю.А. Гагарина» и представляющих собой следующие действия с моим участием (*нужное подчеркнуть*):

1. Полет на невесомость на самолете-лаборатории ИЛ-76.
2. Полеты на самолете Л-39 с выполнением фигур высшего пилотажа.
3. Выживание в экстремальных условиях с использованием штатного снаряжения космонавта с подъемом на борт вертолета.
4. Погружение в гидролаборатории в снаряжении «SCUBA».
5. Погружение в гидролаборатории в снаряжении СК «Орлан».
6. Вращение на центрифуге с созданием линейных перегрузок различных величин и направлений.
7. Парашютный прыжок.

Я осознаю, что подобный риск может вызвать серьезные травмы, ухудшение моего здоровья и даже привести к смерти. Несмотря на потенциальную опасность, связанную с осуществлением действий, перечисленных в п.п. _____ (*указать*) данного Заявления, я желаю и прошу совершить в отношении меня и с моим непосредственным участием указанные действия.

Я принимаю риск и опасности, которые могут возникнуть в процессе этих действий, и закончиться травмами, ухудшением здоровья, потерей жизни и имущественным ущербом. В связи с этим я заявляю, что если в результате неосторожных действий или случайно мне будет причинен любой вред, он будет являться вредом, причиненным с моего согласия.

Учитывая то, что я имею медицинское разрешение на указанные в п.п. _____ (*указать*) данного Заявления занятия, я освобождаю от любых моих претензий и исков, денежных и иных требований, а также снимаю всякую ответственность за мое здоровье и жизнь, могущих соответственно ухудшиться или прекратиться во время или после проведения экспериментов, максимально приближенных к условиям космического полета, со специалистов ФГБУ «НИИ ЦПК имени Ю.А. Гагарина», а именно: руководителей и их заместителей, водителей, инструкторов, технического персонала и иных работников.

Я также освобождаю вышеуказанных лиц от любой ответственности по любым претензиям и искам, денежным и иным требованиям, которые мои наследники или правопреемники по иным основаниям, а также родственники, кредиторы и т.п. могут подать в отношении моего имущества, а также в связи с ухудшением моего здоровья либо смертью, возникших по причине моей или специалистов ФГБУ «НИИ ЦПК имени Ю.А. Гагарина» небрежности (за исключением их грубой неосторожности или умысла) при проведении экспериментов, максимально приближенных к условиям космического полета с моим участием.

Настоящим я исключаю все устные или письменные заявления, мои и иных лиц, сделанные вопреки настоящему Заявлению.

Наконец, я заявляю, что являюсь полностью дееспособным и вправе самостоятельно подписать данное Заявление.

Я прочитал настоящее Заявление, понимаю его содержание и соглашаюсь действовать в соответствии с его положениями.

Подпись заявителя _____ / _____ / дата _____

Свидетель настоящего Заявления _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Подпись свидетеля _____ / _____ / дата _____

Подтверждение Заявления о признании рисков и освобождения от ответственности:

Я прочитал еще раз настоящее Заявление, понимаю его содержание и соглашаюсь действовать в соответствии с его положениями.

Подпись заявителя _____ / _____ / дата _____

Свидетель настоящего Заявления _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Подпись свидетеля _____ / _____ / дата _____