

Приложение 1  
к Алгоритму действий  
государственных органов и  
иных организаций при  
выявлении лиц с риском  
суицида

Форма

**ИНФОРМАЦИЯ**  
о лице с риском суицида

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое  
имеется) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_

Сведения о законных представителях несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

Степень РС \_\_\_\_\_

ФРС \_\_\_\_\_

Способ совершения попытки суицида \_\_\_\_\_

Причина совершения попытки суицида \_\_\_\_\_

Предпринятые меры и их результат \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)