

к Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № 1 от «31» 08 2016 г.**I Результаты обследования:****3. Пути (путей) движения внутри здания (в т.ч. путей эвакуации)**ГБУЗ РБ Центральная городская больница г. Сибай, ул. Чайковского, 24

Наименование объекта, адрес

№ п/п	Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			Выявленные нарушения и замечания		Работы по адаптации объектов	
		есть/нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (категория)	Содержание	Виды работ
3.1	Коридор (вестибюль, зона ожидания, галерея, балкон)	Есть				Все	1.Создание зоны отдыха 2. Установка предупредительной информации о препятствии	Не нуждается
3.2	Лестница (внутри здания)	Есть				ОСГУ	1.Установка рельефных обозначений этажей	Текущий ремонт
3.3	Пандус (внутри здания)	Нет	-		-		-	-
3.4	Лифт пассажирский (или подъемник)	есть	-	-	-	все	-	Не нуждается
3.5	Дверь	Есть				Все		Не нуждается
3.6	Пути эвакуации (в т.ч. зоны безопасности)	Есть			приспособлено	Все	1.поручни на высоте не выше 90 см.	Не нуждается

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	Состояние доступности* (к пункту 3.2; 3.6 Акта обследования ОСИ)	Приложение		Рекомендации по адаптации (вид работы) ** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Пути движения внутри здания	ДП-В			Не нуждается

к Акту обследования ОСИ к паспорту доступности ОСИ № _____ от « ___ » _____ 201_ г.

I Результаты обследования:**4. Зоны целевого назначения здания (целевого посещения объекта)****Вариант I – зона обслуживания инвалидов**ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай Поликлиника городская Чайковского, 24

Наименование объекта, адрес

№ п/п	Наименование функционально-планировочного элемента	Наличие элемента			Выявленные нарушения и замечания		Работы по адаптации объектов	
		есть/нет	№ на плане	№ фото	Содержание	Значимо для инвалида (категория)	Содержание	Виды работ
4.1	Кабинетная форма обслуживания	Есть			Приспособлено	Все		Не нуждается
4.2	Зальная форма обслуживания	нет		-	-	-	-	-
4.3	Прилавочная форма обслуживания	да		-	-	-	-	Не нуждается
4.4	Форма обслуживания с перемещением по маршруту	нет		-	-	-	-	-
4.5	Кабина индивидуального обслуживания	Есть		-	-	-	-	Не нуждается
	ОБЩИЕ требования к зоне					все		Не нуждается

II Заключение по зоне:

Наименование структурно-функциональной зоны	Состояние доступности* (к пункту Акта обследования ОСИ)	Приложение		Рекомендации по адаптации (вид работы) ** к пункту 4.1 Акта обследования ОСИ
		№ на плане	№ фото	
Зона целевого обслуживания	ДП-В			Не нуждается

* указывается: **ДП-В** - доступно полностью всем; **ДП-И** (К, О, С, Г, У) – доступно полностью избирательно (указать категории инвалидов); **ДЧ-В** - доступно частично всем; **ДЧ-И** (К, О, С, Г, У) – доступно частично избирательно (указать категории инвалидов); **ДУ** - доступно условно, **ВНД** - недоступно