

**ՄԱՏՅԱՆ**  
**ՔՐԵԱԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿ ԸՆԴՈՒՆՎԱԾՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԶՆՆՈՒԹՅԱՆ**

Հ/Հ	Զննության ժամը, օրը ամիսը, տարին	Կալ. անձի/դատապարտյալի անունը, հայրանունը, ազգանունը	Ծննդյան թիվը	Քրեակատարող ական հիմնարկ մուտք գործելու օրը և ժամը	Որտեղից է բերվել	Մարմնական վնասվածքի առկայությունը	Վնասվածքի բնույթը
1	2	3	4	5	6	7	8

Վնասվածքի տեղակայում, չափսերը, գույնը, ձևը	Կալ.անձի/դատապարտյալի բացատրությունը, պատճառաբանությունը	Զննող բուժաշխատողի անունը, հայրանունը, ազգանունը, պաշտոնը, ստորագրությունը	Կալ. անձի/ դատապարտյալի ստորագրությունը	Լրացուցիչ նշումներ
9	10	11	12	13