

Заключение
медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания,
препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу
Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению
от “ ___ ” _____ 20 ___ г.

1. Выдано _____
(наименование и адрес учреждения здравоохранения)
2. Наименование, почтовый адрес государственного органа, органа муниципального образования, куда представляется Заключение _____
-
3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. государственного гражданского служащего Российской Федерации, муниципального служащего либо лица, поступающего на государственную гражданскую службу Российской Федерации, муниципальную службу)
4. Пол (мужской/женский)* _____
5. Дата рождения _____
6. Адрес места жительства _____
7. Заключение
Выявлено наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации (муниципальную службу) или ее прохождению *.

_____	_____	_____
(должность врача, выдавшего заключение)	(подпись)	(Ф.И.О.)
Главный врач учреждения здравоохранения	_____	_____
	(подпись)	(Ф.И.О.)

М.П.