

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.