

Заключение
медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания,
препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу
Российской Федерации и муниципальную службу или её 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.)

Место печати

* Нужно подчеркнуть