

## 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