

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.