

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.)

Место печати