

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