

**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.