

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.