

**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.

\* Нужное подчеркнуть.