

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.

* Нужно подчеркнуть.