

**Заключение**  
**медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания,**  
**препятствующего поступлению на государственную гражданскую службу**  
**Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению**

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 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\*.

\* Нужно подчеркнуть.

Должность врача,  
выдавшего заключение \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Главный врач  
учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Место печати