

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.)

Место печати

<*> Нужно подчеркнуть.