

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

от «___» _____ 201__ г.

1. Выдано ФГБУЗ МСЧ №170 ФМБА России

(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 прохождения

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Главный врач учреждения здравоохранения

(подпись)

(Ф.И.О.)

МП

* Нужно подчеркнуть