

**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.