

**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, 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

-----  
\*Нужное подчеркнуть.