

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