*Приложение N 3*   
*к Приказу*   
*Министерства здравоохранения*   
*и социального развития*   
*Российской Федерации*   
*от 14 декабря 2009 г. N 984н*

Медицинская документация

Учетная форма N 001-ГС/у

Утверждена Приказом

Минздравсоцразвития России

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_

**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