*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