Учетная форма N 001-ГС/у

 Утверждена Приказом

 Минздравсоцразвития России

 от 14.12.2009г. N 984н

**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

|  |
| --- |
|  ***Администрация муниципального образования «Устьянский муниципальный район»******165210 пос. Октябрьский, ул. Комсомольская , 7*** |
|  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.