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.