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 14 декабря 2009 г. 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 [\*](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=96619;fld=134;dst=100290), куда представляется Заключение | *Территориальный орган* |

|  |
| --- |
| *Федеральной службы государственной статистики по Смоленской области* |
| *(Смоленскстат); 214014 г. Смоленск, ул. Тенишевой, д. 17А* |

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) [\*](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=96619;fld=134;dst=100290) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 [\*](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=96619;fld=134;dst=100290).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (Ф.И.О.)

Главный врач учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Нужное подчеркнуть.