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 [<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5Cugk1%5CDesktop%5C%D0%A1%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BC%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%5C%D0%91%D0%9B%D0%90%D0%9D%D0%9A%D0%98%5C%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.rtf#Par1360), 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) [<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5Cugk1%5CDesktop%5C%D0%A1%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BC%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%5C%D0%91%D0%9B%D0%90%D0%9D%D0%9A%D0%98%5C%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.rtf#Par1360) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 [<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5Cugk1%5CDesktop%5C%D0%A1%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BC%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%5C%D0%91%D0%9B%D0%90%D0%9D%D0%9A%D0%98%5C%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5.rtf#Par1360).

 Должность врача, выдавшего заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Главный врач учреждения

 здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Место печати

--------------------------------

<\*> Нужное подчеркнуть.