Приложение N 3  
к [приказу](#sub_0) Министерства здравоохранения  
и социального развития РФ  
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 её прохождению

от "\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

1. Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес учреждения здравоохранения)

2. Наименование, почтовый адрес государственного органа, органа

муниципального образования[\*](#sub_3091), 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)[\*](#sub_3091) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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[\*](#sub_3091).

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

(подпись) (Ф.И.О.)

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

(подпись) (Ф.И.О.)

Место печати

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

\* Нужное подчеркнуть