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