**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 Межрайонная ИФНС России № 9 по

по Республике Карелия, 186350, г. Медвежьегорск, ул. Заводская, 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.) |

М.П.