Приложение № 3  
к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2009 № 984н

Медицинская документация

**Учетная форма № 001-ГС/у**

Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России  
от 14.12.2009 № 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 ОГБУЗ «Молчановская районная больница» , 636330 Томская область, Молчановский район, с. Молчаново, ул. Димитрова, д.34

(наименование и адрес учреждения здравоохранения)

2. Наименование, почтовый адрес государственного органа, органа муниципального образования [[1]](#footnote-1)\*, куда представляется Заключение

636330 Томская область, Молчановский район, с. Молчаново, ул. Димитрова, 25

Администрация Молчановского района

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.

1. \* Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-1)