

Г

» _____ 20

1. Выдано

(наименование и адрес медицинской организации)

2. Наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги
в стационарной форме, куда представляется заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество

Заключение

о наличии (отсутствии) заболеваний, включенных в перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,
в том числе временно, в предоставлении социальных услуг
в стационарной форме

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

от «

4. Пол (мужской/женский)

5. Дата рождения

6. Адрес места жительства

7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

Председатель врачебной комиссии:

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.