

Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии 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

от “ ____ ” _____ 20__ г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество _____

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

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено/ не выявлено наличие 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.

Председатель
врачебной комиссии:

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.