

**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:

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.

* Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257).