

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 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).
