

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого (якої) перебуває заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ 	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 133/о <i>ЗАТВЕРДЖЕНО</i> Наказ МОЗ України №
--	--

МЕДИЧНА ДОВІДКА № _____

про стан здоров'я особи, яка претендує на зайняття посади, пов'язаної з виконанням функцій держави або місцевого самоврядування

1. Прізвище, ім'я та по батькові

2. Дата та місце народження

3. Місце проживання

4. Місце реєстрації

5. Картка про стан здоров'я особи, яка претендує на зайняття посади, пов'язаної з виконанням функцій держави або місцевого самоврядування, № _____

6. Сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду:

серія

--	--	--	--	--

 №

--	--	--	--	--	--	--

, дійсний до «

--	--	--

»

--	--	--

 20

--	--	--

 року.

7. Медична довідка про проходження попереднього та періодичного психіатричних оглядів

серія

--	--	--	--	--

 №

--	--	--	--	--	--

, дійсна до « » 20 року.

[illegible]

9. Протипоказання відповідно до Переліку психічних захворювань (розладів), які можуть завдати шкоди охороні державної таємниці і за наявності яких допуск до державної таємниці громадянинові не надається, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України, Служби безпеки України від 13 травня 2002 року № 174/136, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 травня 2002 року за № 458/6746 (за поданням органу державної влади, що має право на прийняття рішення щодо кола суб'єктів, які матимуть доступ до секретної інформації)

(наявні, відсутні, не потребує)

10. Висновок медичної комісії: до роботи на посаді

(придатний, непридатний, придатний за умови)

11. Медична довідка дійсна до « » 20 року.

Голова медичної комісії _____ / _____ /
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник закладу охорони здоров'я _____/_____/_____
(підпис) (прізвище та ініціали)

М.П. закладу охорони здоров'я

Дата заповнення « » 20 року.

ФОТО
3 x 4 см