

Форма

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  
заклучение \_\_\_\_\_
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).