

Форма

Справка
об отсутствии медицинских противопоказаний
для работы с использованием сведений, составляющих
государственную тайну
от "___" _____ 20__ г.

_____ (полное наименование медицинской организации, место нахождения,
почтовый адрес, телефон)
выдана _____
(Ф.И.О. гражданина)

дата рождения "___" _____ г.,
пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
проживающему (ей) по адресу: _____.

_____ (место жительства (пребывания) гражданина - нужное подчеркнуть)
По результатам проведенного обследования не выявлено медицинских
противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих
государственную тайну:
врач-психиатр нарколог _____
(дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача
(медицинской организации))

врач-психиатр _____
(дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача
(медицинской организации))

врач-невролог _____
(дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача
(медицинской организации))

Врачебной комиссией вынесено заключение об отсутствии медицинских
противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих
государственную тайну.

Председатель врачебной комиссии _____
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Члены врачебной комиссии: _____
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)
_____ (должность) (подпись) (Ф.И.О.)
_____ (должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати медицинской организации