

Заключение

**уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии)
противопоказаний, в связи, с наличием которых гражданину или получателю
социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении
социальных услуг в форме социального обслуживания в полустационарной форме.**

от “ ____ ” _____ 20 ____ г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей
социальные услуги в полустационарной 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 (нужное подчеркнуть)

Наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи, с наличием которых
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в
предоставлении социальных услуг в полустационарной форме.

Председатель
врачебной комиссии:

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П