**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.

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано |  |
|  |
|  |
| (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющейсоциальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Фамилия, имя, отчество |  |
|  (Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг) |
| Пол (мужской/женский) |  |
| Дата рождения  |  |
| Адрес места жительства (места пребывания) |  |
|  |
| Заключение: |  |
| Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, а предоставлении социальных услуг в стационарной форме\*. |
| Председатель |  |
| врачебной комиссии: |  |  |  |  |  |
|  |  (Ф.И.О.) (подпись) (дата) |

 М.П.