

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 нарколога \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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