**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, предоставляющей  социальные 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.