**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

13.11.2015 № 012.1/540

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого центрального органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | **№ 133/у** | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО**  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**о состоянии здоровья лица, претендующего на занятие должности, связанной с выполнением функций государства или местного самоуправления**

|  |
| --- |
| 1. Фамилия, имя и отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Место регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Местожительство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Карточка о состоянии здоровья лица, претендующего на занятие должности, связанной с выполнением функций государства или местного самоуправления, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Сертификат о прохождении профилактического наркологического осмотра :  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действителен до «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.  7. Медицинская справка о прохождении предварительного и периодического психиатрических осмотров  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действительна до «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.  8. Справка к акту освидетельствования МСЭК: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Противопоказания в соответствии с Перечнем медицинских противопоказаний при работе с использованием сведений, составляющих государственную тайну, утвержденным приказом Министерства государственной безопасности Донецкой Народной Республики, Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.09.2015 № 57/04.6.2/1, зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 12.10.2015 года за регистрационным № 626 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (имеются, отсутствуют, вписать)  10. Вывод медицинской комиссии: к работе на должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (годен, негоден, годен при условии)  11. Медицинская справка действительна до «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года. |

Председатель медицинской комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФОТО

3 х 4 см

(подпись) (фамилия и инициалы)

Руководитель учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия и инициалы)

М. П.

Дата заполнения «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_года.

Министр В.В. Кучковой