

Приложение 3

к Порядку проведения медицинского освидетельствования лиц на предмет наличия (отсутствия) заболеваний, препятствующих поступлению на службу в органы прокуратуры Донецкой Народной Республики и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (пункт 3.10)

Наименование государственного органа или местной администрации Донецкой Народной Республики, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения
_____
Полное наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____
Идентификационный код юридического лица _____

ФОТО 3 x 4 см
------------------

**Медицинское заключение № \_\_\_\_\_  
о наличии (отсутствии) заболеваний, препятствующих поступлению на службу в  
органы прокуратуры**

1. Фамилия, имя и отчество _____
2. Дата и место рождения _____
3. Место регистрации _____
4. Местожительство _____
5. Карточка о состоянии здоровья лица, поступающего на службу в органы прокуратуры, № _____
6. Заключение: выявлено наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы прокуратуры Донецкой Народной Республики (нужное подчеркнуть).
7. Рекомендации врачебной комиссии: _____ _____
8. Медицинское заключение выдано: « _____ » _____ 20 _____ г.
9. Окончательный срок предоставления медицинского заключения в подразделение кадрового обеспечения Генеральной прокуратуры Донецкой Народной Республики: « _____ » _____ 20 _____ г.
Председатель врачебной комиссии _____ / _____ (подпись) (фамилия и инициалы)
Руководитель учреждения здравоохранения _____ / _____ (подпись) (фамилия и инициалы)
М. П.
Дата заполнения медицинского заключения: « _____ » _____ 20 _____ г.