

Приложение 5

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 4.10)

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 _____

**Медицинское заключение № _____
о наличии (отсутствии) заболеваний, препятствующих исполнению служебных
обязанностей прокурорского работника**

1. Фамилия, имя и отчество _____
2. Дата и место рождения _____
3. Место регистрации _____
4. Место жительства _____
5. Карточка о состоянии здоровья прокурорского работника, № _____
6. Заключение: выявлено наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (нужное подчеркнуть).
7. Рекомендации 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 комиссии _____ / _____ (подпись) (фамилия и инициалы)
Руководитель учреждения здравоохранения _____ / _____ (подпись) (фамилия и инициалы)
М. П.
Дата заполнения медицинского заключения: « _____ » _____ 20 _____ г.