|  |
| --- |
| **Заключение****уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Выдано |  |
|  |
| (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации) |
| 2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  | (гражданина или получателя социальных услуг) |
| 4. Пол (мужской/женский) |  |
| 5. Дата рождения |  |
| 6. Адрес места жительства (места пребывания) |  |
|  |
| 7. Заключение: |
| Выявлено (нужно подчеркнуть):а) наличие (отсутствие) [<1>](#P238) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;б) наличие (отсутствие) [<1>](#P238) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;в) наличие (отсутствие) [<1>](#P238) 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. |
| Председатель врачебной комиссии: |
|  |  |  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |
|  |  | М.П. |  |  |