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 на дому/в полустационарной форме/стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение_____

_____

2. Фамилия, имя, отчество _____

_____

(Ф.И.О. 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) 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) 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) 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 в стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии:

_____ _____ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись) (дата)