

Форма

**Справка**  
**об отсутствии медицинских противопоказаний**  
**для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну**  
от “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации, место нахождения, почтовый адрес, телефон)  
выдана \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)  
дата рождения “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.,  
пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),  
проживающему(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (место жительства (пребывания) гражданина – нужное подчеркнуть)

По результатам проведенного обследования не выявлено медицинских противопоказаний  
для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну:  
врач-психиатр-нарколог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача (медицинской организации))

врач-психиатр \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача (медицинской организации))

врач-невролог \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (дата обследования, Ф.И.О., подпись, печать врача (медицинской организации))

Врачебной комиссией вынесено заключение об отсутствии медицинских  
противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную  
тайну.

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Члены врачебной комиссии: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Место печати медицинской организации