

Заключение  
уполномоченной медицинской организации  
о наличии 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

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Выдано \_\_\_\_\_

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,  
предоставляющей социальные услуги в полустационарной форме, куда представляется  
заключение **ОГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения  
Тайшетского района»**

3. 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: (нужное подчеркнуть)

Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или  
получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в  
предоставлении социальных услуг в полустационарной форме.

Не выявлено наличие заболеваний в связи с наличием которых гражданину или  
получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в  
предоставлении социальных услуг в полустационарной форме.

Председатель

врачебной комиссии:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.