

Штамп ЛПУ

**Врачебное свидетельство о
состоянии здоровья**

Выдан гражданину _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Врачом _____

В том что по результату медицинского освидетельствования,
проведенного _____

(Дата, время)

Отсутствуют/имеются противопоказания*

для _____

(указывается характера работы осматриваемого, краткие сведения итогов

проведенного медицинского осмотра)

место печати

Врач _____
(Ф.И.О. врача, подпись, личная печать)

*Примечание: при наличии противопоказаний делается краткая запись: по причине заболеваний.