

(штамп медицинского  
учреждения)

## СПРАВКА

Дана

\_\_\_\_\_ ,  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.р.,

проживающему (ей) по

адресу: \_\_\_\_\_

в том, что он(а) имеет частичную утрату способности либо возможности  
осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,  
обеспечивать основные жизненные потребности в результате

\_\_\_\_\_ (заболевания, травмы, возраста и др.)

Заболевания, представляющие опасность для окружающих  
(в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Правительства  
Российской Федерации от 01.12.2004 №715), отсутствуют.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_ (печать и подпись врача)

М.п.

(штамп медицинского  
учреждения)

## СПРАВКА

Дана

\_\_\_\_\_ ,

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.р.,

проживающему (ей) по

адресу: \_\_\_\_\_

в том, что он(а) имеет частичную утрату способности либо возможности  
осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,  
обеспечивать основные жизненные потребности в результате

\_\_\_\_\_ (заболевания, травмы, возраста и др.)

Заболевания, представляющие опасность для окружающих  
(в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Правительства  
Российской Федерации от 01.12.2004 №715), отсутствуют.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_ (печать и подпись врача)

М.п.