

(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.