Штамп ЛПУ

**Заключение медицинской организации**

**о состоянии здоровья**

Гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., год рождения)

о нуждаемости в постоянной или временной посторонней помощи

(нужное подчеркнуть)

вследствие частичной или полной утраты способности к самообслуживанию

(нужное подчеркнуть)

и об отсутствии медицинских противопоказаний к предоставлению социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания.

(нужное подчеркнуть)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать и подпись

главного врача (зав. отделением)