

**Справка**  
о состоянии здоровья гражданина для оказания социальных услуг в полустационарной  
форме социального обслуживания

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование \_\_\_\_\_ медицинской \_\_\_\_\_ организации, \_\_\_\_\_ выдавшей \_\_\_\_\_ справку

выдана \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, год рождения)  
адрес места жительства \_\_\_\_\_

подтверждает

способность к самообслуживанию \_\_\_\_\_,  
не ограничена, частично ограничена, утрачена  
полностью

в связи с наличием заболеваний (указать коды заболеваний) \_\_\_\_\_

Медицинские рекомендации (при наличии указать)

Врач \_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.