

СПРАВКА

Об отсутствии противопоказаний для принятия на социальное обслуживание  
в краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания  
«Комплексный центр социального обслуживания населения «Зеленогорский»

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Противопоказания к обслуживанию (отметить имеющиеся):

- бактерио- или вирусносители;
- наличие хронического алкоголизма или наркотической зависимости;
- карантинные инфекционные заболевания;
- активные формы туберкулеза;
- тяжелые психические расстройства;
- венерические и других заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения
- противопоказаний к социальному обслуживанию нет**

Фамилия врача \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Печать учреждения \_\_\_\_\_