Штамп

медицинского учреждения

**С П Р А В К А**

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ г.р.,

 Фамилия, имя, отчество

проживающему (ей) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в том, что он (она) не имеет ограничений по состоянию здоровья для командирования в любой регион Российской Федерации для работы в качестве инспектора на матчах чемпионата и Кубка России по волейболу в сезоне 2024-2025 годов.

 Справка дана для представления в Инспекторскую комиссию ВФВ.

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. Фамилия, Инициалы.