Руководителю бюро № \_\_\_ – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (указать регион)

Минтруда России

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

(указать инициалы и фамилию руководителя бюро, адрес бюро)

от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать фамилию, имя, отчество заявителя, его законного представителя)

паспорт: *серия* \_\_\_\_\_\_\_\_\_, *№* \_\_\_\_\_\_\_, *выдан*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать дату и место выдачи)

СНИЛС ***:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать страховой номер индивидуального лицевого счета)

проживающего(ей) по адресу:

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

(указать адрес места жительства, пребывания)

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать e-mail)

контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу провести медико-социальную экспертизу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф. И. О. освидетельствуемого лица)

с целью:

|  |
| --- |
| ☐ *определения инвалидности* |
| ☐ *определения степени утраты профессиональной трудоспособности* |
| ☐ *установления причины смерти инвалида* |
| ☐ *разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)* |
| ☐ *разработки программы реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или*  *профессионального заболевания* |
| ☐ *изменение причины инвалидности*  ☐ *в других целях (указать, каких):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

(указать и представить документ, подтверждающий полномочия законного представителя гражданина)

На обработку персональных данных *(Ф. И. О., дата рождения, пол, семейное положение, данные об образовании, профессиональные данные, паспортные данные, СНИЛС, контактный телефон, адрес проживания (пребывания), электронный адрес, сведения о состоянии здоровья, антропометрические данные)* в учреждениях медико-социальной экспертизы согласен*(а)*: ☐ да ☐ нет *(нужное отметить)*

Нуждаюсь в предоставлении услуги по сурдопереводу: ☐ да ☐ нет *(нужное отметить)*

Нуждаюсь в предоставлении услуги по тифлосурдопереводу: ☐ да ☐ нет *(нужное отметить)*

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)