

В бюро _____
(наименование бюро медико-социальной экспертизы)

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя или его законного представителя)

законного представителя (при наличии) _____
(фамилия, имя, отчество освидетельствуемого лица)

Адрес места жительства:
индекс _____,
(адрес места жительства (пребывания) освидетельствуемого лица)

Адрес электронной почты:
_____ @ _____
(адрес электронной почты заявителя или его законного представителя)

Контактный телефон:

(телефон заявителя или его законного представителя)

СНИЛС* _____ - _____ - _____
(*заявитель вправе представить СНИЛС по собственной инициативе)

Заявление

Прошу провести медико-социальную экспертизу _____

(указать фамилию, имя, отчество освидетельствуемого лица)

(нужное отметить знаком √)

с целью:

- установления инвалидности;
- изменения причины инвалидности;
- определения степени утраты профессиональной трудоспособности;
- установления причины смерти инвалида;
- разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- в других целях (указать): _____

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(а) на обработку персональных данных.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя, законного представителя)