|  |  |
| --- | --- |
| Главному врачу ГБУЗ |       |
|  | *(название учреждения)* |
|       |
| *(ФИО главного врача)* |
| Адрес: |       |
|  | *(адрес учреждения)* |
| От |       | , |
|  | *(ФИО законного представителя)* |
| проживающего/ей по адресу: |
|       |
| *(адрес проживания)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |       | ,  |
|  | *(ФИО законного представителя)* |  |
| являюсь отцом/матерью ребенка |  |  |
|       | , | «     »             г. р., |
| *(ФИО ребенка)* |  | *(дата рождения ребенка)* |
| с диагнозом |       | . |
|  | *(указать диагноз)* |  |
| Прошу оформить заключение о необходимости проведения медико-социальной экспертизы на дому (заочно) в связи с тяжестью состояния ребенка, поскольку транспортировка ребенка в бюро МСЭ опасна для его жизни и здоровья. |
| Прошу направить письменный ответ на данное обращение по указанному мной адресу в кратчайшие сроки. В случае отказа прошу мотивировать его ссылкой на нормативно-правовые акты. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | С уважением, |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО законного представителя)* |