|  |  |
| --- | --- |
| 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 Вас организовать оформление моему/ей сыну/дочери направления на МСЭ для установления инвалидности врачебной комиссией вашего учреждения. |
| В случае отказа в оформлении направления прошу в соответствии с п.19 Правил признания лица инвалидом (утв. Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95) предоставить мне справку об отказе в направлении на МСЭ, на основании которой я смогу обратиться в бюро МСЭ самостоятельно.Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме по указанному мной адресу в установленный законом срок. |

|  |
| --- |
| Приложения: |
| 1) | Копия паспорта – |       | стр. |       | экз. |
| 2) | Копия свидетельства о рождении ребенка – |       | стр. |       | экз. |
|  |
|  | С уважением, |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО законного представителя)* |