|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)* | | | | | | | |