Главному врачу ГБУЗ \_\_(название учреждения)\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО главврача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**От** \_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО законного представителя)\_\_\_,

проживающего/ей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**.

Я, \_\_\_\_(ФИО законного представителя ребенка), являюсь отцом/матерью \_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка)\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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](#sub_0) 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.

Приложение:

1. Копия паспорта - 2 стр., 1 экз.
2. Копия свидетельства о рождении ребенка - 1 стр., 1 экз.

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года С уважением,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО законного представителя ребенка/