

Руководителю бюро № \_\_\_\_\_ - филиала  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю»

- Заявление подано:  
- без необходимых документов   
- с неполным пакетом документов

Приглашён(а) на МСЭ :

(первичное приглашение)

Дата \_\_\_\_\_  
Время \_\_\_\_\_  
по телефону

выдан талон

направлено почтой/  
выдано приглашение

(повторное приглашение)

Дата \_\_\_\_\_  
Время \_\_\_\_\_  
по телефону

выдан талон

направлено почтой/  
выдано приглашение

Получатель государственной услуги: \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(страховой номер индивидуального лицевого счёта – СНИЛС получателя государственной услуги)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

(указывается адрес регистрации получателя государственной услуги.)

Если адрес регистрации отличен от адреса места жительства (места пребывания,

места нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за

пределы Российской Федерации, то указывается и адрес места пребывания).

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(указывается вид документа (паспорт), его серия, номер, дата и место выдачи)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

(Указывается контактный телефон гражданина или его законного представителя)

**Законный (уполномоченный) представитель:**

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя

получателя государственной услуги)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

(указывается адрес электронной почты получателя (законного представителя) государственной услуги)

**З А Я В Л Е Н И Е**

**(о проведении медико-социальной экспертизы в бюро медико-социальной экспертизы)**

Прошу провести мне \_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы) (гражданину

\_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы), чьи интересы я представляю в установленном законом порядке) медико-социальную экспертизу с целью (отметить любым знаком в соответствующем квадрате):

- Установления инвалидности.
- Разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).
- Установления степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.
- Разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (ПРП).
- Изменения причины инвалидности.
- Определения в нуждаемости в постоянном постороннем уходе.
- Установления причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы.
- Установления стойкой утраты трудоспособности сотрудника: ОВД РФ; УИС РФ, федеральной Государственной противопожарной службы, органов наркоконтроля РФ.
- С иной целью, входящей в компетенцию учреждений МСЭ (указать какой): \_\_\_\_\_

Прошу предоставить услуги (отметить любым знаком в соответствующем квадрате):

Сурдопереводчика  Тифлосурдопереводчика

**СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА):**

- на медицинский осмотр, а при необходимости, дополнительное обследование, на истребование любых документов и ознакомление с ними специалистами ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России в процессе проведения медико-социальной экспертизы;

- на приглашение на МСЭ по телефону (мобильному телефону) либо посредством талона.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата подачи заявления)

/ \_\_\_\_\_ /  
(подпись заявителя)

Бюро № \_\_\_\_\_ - филиал  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Вх. № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Отметка о наличии приложения:  ДА  НЕТ

**Руководителю - главному эксперту по медико-социальной экспертизе  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России**

**З А Я В Л Е Н И Е**

(о работе с персональными данными)

Я, ниже подписавшийся (ФИО полностью) \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю своё согласие на обработку ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России (далее – Оператор) и бюро – филиалами Оператора, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, образование, состав семьи, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), сведения о воинском учёте, сведения о трудовой деятельности, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях проведения мне (гражданину, чьи интересы я представляю в установленном законом порядке) медико-социальной экспертизы, при условии, что их обработка осуществляется уполномоченными на это лицами.

В процессе оказания Оператором мне государственной услуги по медико-социальной экспертизе, я предоставляю право Оператору производить аудиозапись объявления результатов медико-социальной экспертизы и разъяснений по принятому экспертному решению.

В процессе оказания Оператором мне государственной услуги по медико-социальной экспертизе, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в моих интересах.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на передачу (распространение, предоставление, доступ) моих персональных данных Администрации Президента Российской Федерации, полномочным представителям Президента в Северо-Кавказском федеральном округе, органам законодательной и исполнительной власти Российской Федерации и Ставропольского края, контролирующим государственным органам Российской Федерации и Ставропольского края, государственному учреждению - Управлению Пенсионного фонда Российской Федерации по г. Ставрополю и Ставропольскому краю, военным комиссариатам г. Ставрополя и Ставропольского края, федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации (при смене места жительства и по запросу соответствующего федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы субъекта Российской Федерации) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных, содержащихся в делах освидетельствования в бюро МСЭ, составляет десять лет; содержащихся в книгах протоколов заседаний бюро МСЭ - пятьдесят лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, не предусмотренное настоящим заявлением, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы) и действует бессрочно.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(дата написания заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя – субъекта персональных данных)