

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

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)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

В связи с несогласием с решением экспертного состава № _____ ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России от "_____ " _____ 20__ г., прошу направить мои медико-экспертные документы (медико-экспертные документы гражданина, чьи интересы я представляю) в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Я не согласен (на) с решением **(отметить любым знаком в соответствующем квадрате):**

- О группе инвалидности (не признании инвалидом, ребёнком-инвалидом).
- О содержании индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).
- О степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.
- О содержании программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (ПРП).
- О причине инвалидности.
- О стойкой утрате трудоспособности сотрудника: ОВД РФ; УИС РФ, федеральной Государственной противопожарной службы, органов наркоконтроля РФ.
- С иными решениями (указать какими): _____

Согласен (согласна) на проведение медико-социальной экспертизы в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:

очно _____,
(подпись)

заочно _____ (нужное подчеркнуть и поставить подпись)
(подпись)

СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА):

- на медицинский осмотр, а при необходимости, дополнительное обследование, на истребование любых документов и ознакомление с ними специалистами Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации в процессе проведения медико-социальной экспертизы;

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

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подачи заявления)

/ _____ /
(подпись заявителя)

**ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю»
Минтруда России**

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Вх. № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Отметка о наличии приложения: ДА НЕТ