Приложение № 1
к приказу от «_03_» _июня_ 2019г. №_94/25

Руководителю бюро № ___ — филиала
ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России
от: _____
(указать Ф.И.О. заявителя)

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования:
_____
(при наличии)

Адрес места жительства: _____

_____
(место пребывания, место нахождения пенсионного дела инвалида)

Документ удостоверяющий личность: _____
(название документа)

_____
(серия и номер документа, дата и место выдачи указанного документа)

телефон: _____

адрес эл. почты: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас провести медико-социальную экспертизу мне/лицу, законным представителем которого я являюсь _____
(указать Ф.И.О., дату рождения, адрес места жительства/пребывания представляемого лица)
_____

действующего на основании (отметить):
☐ являюсь лицом, представляющим интересы гражданина, согласно нотариально оформленной доверенности;
☐ являюсь опекуном/попечителем, назначенным в установленном порядке;
☐ являюсь родителем лица, не достигшего возраста 18 лет.
с целью (отметить):
□ определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
□ определения причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы;
□ выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности;
□ выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления степени утраты профессиональной трудоспособности;
□ выдачи дубликата справки умершего (погибшего) инвалида;
□ выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения;
□ иные цели.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Я, _____
(указать Ф.И.О.)
_____, предоставляю свое согласие на обработку моих/лица, законным представителем которого я являюсь персональных данных, с целью проведения медико-социальной экспертизы_____ _____
(дата) (подпись)

_____ _____
(дата) (подпись)

Уведомлен(а), что при проведении медико-социальной экспертизы в кабинете ведется аудио-видеофиксация _____ _____
(дата) (подпись)