Приложение № 7
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

Я, _____
(указать Ф.И.О.)

отказываюсь от составления программы дополнительного обследования 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.

Проинформирован, что решение будет принято на основании имеющихся данных.

_____ _____
(дата) (подпись)