Приложение № 1

к приказу ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве»

Минтруда России от «\_\_\_» \_\_\_ 2017 № \_\_

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

 **В** **ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России**

|  |  |
| --- | --- |
|  | от Иванова Ивана Ивановича |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги) |
|  | Ивановой Марии Петровны |
|  | (фамилия, имя отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя) |
|  | (получателя государственной услуги (при наличии) 000-000-000-00 |
|  | (страховой номер индивидуального лицевого в системе обязательного пенсионного страхования)паспорт: 1234 567891, выдан ОВД г. Москвы 01.01.2001 |
|  | (серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата и место его выдачи) |
|  | адрес места жительства: г. Москва, ул. Большая, дом 1, кв. 5 |
|  |  |
|  | (адрес места пребывания, места нахождения пенсионного дела) ivanova@mail.ru |
|  | (адрес электронной почты (при наличии) (495) 123-45-67 |
|  | (контактный телефон) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу провести медико-социальную экспертизу 🞎мне 🗹лицу, законным (уполномоченным) представителем которого являюсь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванову Ивану Ивановичу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество получателя государственной услуги)

(номер свидетельства о рождении, свидетельства о браке и т.д.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства – при наличии)

с целью (*нужное отметить*):

- установления группы инвалидности;

- разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида;

- индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;

- определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

- разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

- изменения причины инвалидности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

  (указать нуждаемость в предоставлении услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу)

Приглашение на освидетельствование прошу направить почтовой или телефонной связью (*нужное подчеркнуть*).

Подавая настоящее заявление, даётся согласие на обработку персональных данных получателя государственной услуги в целях и объёме, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы, и на проведение видеозаписи, аудиозаписи при предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись