Міжвідомчій комісії з питань установлення фактів отримання особами поранень чи інших ушкоджень здоров'я, одержаних від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння на території проведення антитерористичної операції

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса (місце реєстрації або фактичного проживання особи))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактні телефони)

ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,одержав

(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид ушкодження здоров'я)

на території проведення антитерористичної операції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата і місце одержання ушкодження)

що підтверджує копія первинної медичної облікової документації, виданої

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (найменування медичного закладу)

яка додається. Надалі я звертався кілька разів по медичну допомогу і лікування до медичних закладів (що підтверджують копії первинних медичних облікових документів, які додаються) / не звертався (необхідне підкреслити).

За фактом ушкодження здоров'я у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (календарний місяць)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування правоохоронного органу)

порушено кримінальне провадження, що підтверджує витяг із Єдиного реєстру досудових розслідувань, який додається.

Мене направлено для проведення медико-соціальної експертизи, за результатами якої встановлено I / II / III групу інвалідності (необхідне підкреслити), що підтверджує довідка медико-соціальної експертної комісії, яка додається.

Враховуючи викладене, прошу встановити факт поранення (іншого ушкодження здоров'я), що я зазнав від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння на території проведення антитерористичної операції.

Даю згоду на збір та оброблення персональних даних.

Додаток:

1. Копії сторінок паспорта на \_\_\_ арк.

2. Копія документа, що засвідчує реєстрацію фізичної особи у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків, виданого органом доходів і зборів, на \_\_\_ арк.

3. Копії первинних медичних облікових документів на \_\_\_ арк.

4. Копія довідки медико-соціальної експертної комісії про групу та причину інвалідності на \_\_\_ арк.

5. Довідка про відсутність (наявність) судимості на \_\_\_ арк.

6. Копія витягу з ЄРДР по кримінальному провадженню № на \_\_\_ арк.

7. Копія висновку судово-медичної експертизи на \_\_\_ арк.

Разом на \_\_\_ арк.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)