

Вх.  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя получателя  
государственной услуги (при наличии))

\_\_\_\_\_ (страховой номер индивидуального лицевого в системе обязательного пенсионного страхования)

\_\_\_\_\_ (серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата и место его выдачи)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места пребывания, места нахождения пенсионного дела)

\_\_\_\_\_ адрес электронной почты (при наличии)

\_\_\_\_\_ контактный телефон

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести медико-социальную экспертизу с целью определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах)

\_\_\_\_\_ (указать нуждаемость в предоставлении услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу)

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

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

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

В соответствии с п. 87 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы (утв. Приказом Минтруда России от 29.01.2014 N 59н) приглашен (-на) по каналам телефонной связи на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_