

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 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, 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 _____