|  |  |
| --- | --- |
|   | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                                                                                                      (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. Інші документи на \_\_\_ арк. |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |