|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) |