

Додаток
до Порядку

Міжвідомчій комісії з питань встановлення
факту участі осіб у Революції Гідності та
одержання ними під час участі у Революції
Гідності ушкоджень здоров'я

(прізвище, ім'я, по батькові,

адреса реєстрації або фактичного місця проживання особи,

контактні телефони)

ЗАЯВА

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові)

під час участі у Революції Гідності одержав _____

(дата і місце одержання та

характер ушкодження здоров'я)

Вперше за медичною допомогою я звернувся у _____ 20__ р.

(найменування місяця)

до _____ що підтверджується копією

(найменування медичного закладу)

виписки з такого медичного закладу, що додається. У подальшому я звертався/не звертався (необхідне підкреслити) кілька разів за медичною допомогою і лікуванням до медичних закладів, що підтверджується/не підтверджується (необхідне підкреслити) копіями медичних виписок, що додаються.

За фактом завдання мені ушкоджень здоров'я я звернувся у _____ 20__ р.

(найменування місяця)

до _____

(найменування правоохоронного органу)

За направленням слідчого пройдена/ не пройдена/ на сьогодні триває (необхідне підкреслити) судово-медична експертиза, за результатами якої мені встановлено такий ступінь тяжкості тілесних ушкоджень: тяжкі/середні/легкі/не встановлено (необхідне підкреслити), що підтверджується/не підтверджується (необхідне підкреслити) довідкою слідчого, копія якої додається.

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

Враховуючи викладене, прошу встановити факт моєї участі у Революції Гідності та одержання мною під час участі у Революції Гідності зазначених ушкоджень здоров'я і направити мене для проведення медико-соціальної експертизи для встановлення зв'язку інвалідності із зазначеними ушкодженнями здоров'я, одержаними мною під час участі у Революції Гідності.

- Додаток:
1. Копії сторінок паспорта на ____ арк.
 2. Копія довідки медико-соціальної медичної експертизи про групу та причину інвалідності на ____ арк.
 3. Копії медичних виписок на ____ арк.

(дата)

(підпис)