|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 4к Положению о порядке осуществленияадминистративных процедур в учреждении«Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия»  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу учреждения «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия  |
| Запорованному Ю.Б. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, имя, отчество, год рождения, |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| место жительства заявителя) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата индивидуальной программы реабилитации инвалида**

Прошу выдать мне дубликат индивидуальной программы реабилитации инвалида к акту освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МРЭК от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_.

 наименование МРЭК

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.