|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4  к Положению о порядке осуществления административных 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.