**КОМІСІЯ З ПИТАНЬ ЗДОРОВ 'Я ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЛІКАРІВ**

**ДОДАТОК**

**Експертиза інвалідності або працездатності**

|  |
| --- |
| 1. Особисті дані |
| 1.1. Ім'я: | 1.2. Прізвище: |
| 1.3. Персональний код у Латвії:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 1.4. Адреса місця проживання в Латвії:           |
| 1.5. Телефон:      |
| 1.6. Електронна пошта:      |
| 2. Якщо заяву подав законний представник |
| 2.1. Представник:[ ]  батьківство; [ ]  опікунство; [ ]  затверджене нотаріально;[ ]  інше:      2.2. Основа представництва:      |
| 3. Відомості про представника |
| 3.1. Ім'я:  | 3.2. Прізвище:  |
| 3.3. Персональний код у Латвії:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 3.4. Адреса місця проживання в Латвії:           |
| 3.5. Телефон:      |
| 3.6. Електронна пошта:      |
| 4. Інформація про сімейного лікаря в Латвії |
| 4.1. Ім'я:  | 4.2. Прізвище:  |
| 4.3. Розташування практики:            |
| 4.4. Телефон:       |
| 5. Прошу виконати |
| [ ]  Експертиза інвалідності або працездатності |
| [ ]  Інше (вкaжіть):       |
| 6. Документи, додані до матеріалів: |
| [ ]  Анкета функціональних можливостей самооцінки (для осіб з 18 років) |
| [ ]  Додаток до Державної комісії з експертизи здоров 'я та працездатності лікарів (форма 088/u) |
| [ ]  Копія виданої довгострокової візи або дозволу на проживання |
| [ ]  Копія документа, що засвідчує права представника юридичної особи |
| [ ]  Інші (вкaжіть)                 |
| 7. Я хочу отримати документи про рішення: |
| [ ]  Oсобисто під час будь-данно до закладу |
| [ ]  Поштою на наступну адресу в Латвії (вкaжіть):            |
| Дата:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / |  |
| день |  | місяць |  | рік |

 | Підпис: |