**VESELĪBAS UN DARBSPĒJU EKSPERTĪZES ĀRSTU VALSTS KOMISIJAI IESNIEGUMS**

**Invaliditātes vai darbspēju zaudējuma ekspertīzei**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Personas dati | | |
| 1.1.Vārds: | | 1.2.Uzvārds: |
| 1.3.Personas kods:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | | | |
| 1.4.Faktiskā adrese Latvijā: | | |
| 1.5.Tālrunis: | | |
| 1.6. E-pasts: | | |
| 2.Ja iesniegumu iesniedz personas likumiskais pārstāvis | | |
| 2.1.Pārstāvības veids:  Bērna vecāks;  Aizbildnis;  Notariāli apstiprināta pilnvara;  Cits  2.2.Pārstāvības pamats: | | |
| 3. Pārstāvja dati | | |
| 3.1.Vārds: | | 3.2.Uzvārds: |
| 3.3.Personas kods:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | | | |
| 3.4.Faktiskā adrese Latvijā: | | |
| 3.5.Tālrunis: | | |
| 3.6. E-pasts: | | |
| 4.Informācija par ģimenes ārstu Latvijā | | |
| 4.1.Vārds: | | 4.2.Uzvārds: |
| 4.3.Prakses atrašanās vieta: | | |
| 4.4.Tālrunis: | | |
| 5.Lūdzu veikt: | | |
| Invaliditātes vai darbspēju ekspertīzi | | |
| Cits (ierakstīt) | | |
| 6.Iesniegumam pievienotie dokumenti: | | |
| Funkcionālo spēju pašnovērtējuma anketa (personām no 18 gadu vecuma) | | |
| Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (veidlapa 088/u) | | |
| Izsniegtās ilgtermiņa vīzas vai uzturēšanās atļaujas kopija | | |
| Likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija | | |
| Citi (ierakstīt) | | |
| 7.Lēmuma dokumentus vēlos saņemt: | | |
| personīgi, ierodoties iestādē | | |
| pa pastu uz šādu adresi Latvijā (ierakstīt): | | |
| Datums:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | / |  | / |  | | diena |  | mēnesis |  | gads | | Paraksts: | |