**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: |