**VESELĪBAS UN DARBSPĒJU EKSPERTĪZES ĀRSTU VALSTS KOMISIJAI**

**IESNIEGUMS**

**Prognozējamas invaliditātes, invaliditātes vai darbspēju zaudējuma ekspertīzei**

|  |
| --- |
| **Personas dati** |
| Vārds:  | Uzvārds:  |
| Personas kods:

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

 |
| Valstiskās piederības veids: [ ]  LR pilsonis: [ ]  LR nepilsonis; [ ]  ES pilsonis; [ ]  ārzemnieks ar pastāvīgo uzturēšanās atļauju; [ ]  ārzemnieks ar termiņuzturēšanās atļauju; [ ]  cits |
| Adrese:       |
|       |
| Tālrunis:       | e-pasts:       |
|  |
| **Lūdzu veikt:** |
| [ ]  Prognozējamas invaliditātes ekspertīzi |
| [ ]  Invaliditātes vai darbspēju ekspertīzi |
| [ ]  Cits (ierakstīt)       |
|       |
|       |
| **Iesniegumam pievienotie dokumenti:** |
| [ ]  Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (veidlapa 088/u) |
| [ ]  Funkcionālo spēju pašnovērtējuma anketa (personām no 18 gadu vecuma) |
| [ ]  Fotogrāfija 3x4 cm; [ ]  Digitāls attēls datu nesējā |
| [ ]  Papildus (ierakstīt)       |
|       |
|       |
|       |
| **Invaliditātes dokumentus vēlos saņemt:**  |
| [ ]  personīgi; [ ]  personīgi, manis pilnvarotajai personai (norādīt vārdu, uzvārdu, pers.kodu):  |
|       |
| [ ]  pa pastu uz norādīto adresi; [ ]  pa pastu uz sekojošu adresi (ierakstīt): |
|       |
|       |
| Datums: (diena.mēnesis.gads.) | Paraksts: |