Согласие гражданина на направление на медико-социальную экспертизу

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного (уполномоченного) представителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

паспорт: _____

(кем выдан, дата)

даю согласие на направление на медико-социальную экспертизу меня / направление на медико-социальную экспертизу гражданина (нужное подчеркнуть)

_____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),

в _____ ФКУ ГБ МСЭ по Липецкой области Минтруда России _____
(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в котором предполагается проведение медико-социальной экспертизы гражданина)

Лечащим врачом

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ ГУЗ»Липецкая ГП№7 _____
(полное наименование медицинской организации)

Мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную экспертизу в целях: 1. Установление группы инвалидности. 2. Разработка программы реабилитации или абилитации инвалида _____

(указать цель направления на медико-социальную экспертизу)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от направления на медико-социальную экспертизу.

Также мне разъяснено, что согласие на направление на медико-социальную экспертизу оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской

организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Форма проведения МСЭ _____

Согласен получать уведомление о проведении МСЭ

по телефону почтовым отправлением

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя гражданина)

(адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя гражданина)

(подпись гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя) (расшифровка подписи)

(подпись лечащего врача/ заведующего отделением медицинской организации) (расшифровка подписи)

(дата оформления)

Контактный телефон _____