

Вх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения инвалида)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения законного или уполномоченного представителя инвалида)

\_\_\_\_\_ (страховой номер индивидуального лицевого в системе обязательного пенсионного страхования)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
(адрес места пребывания, места фактического проживания)

\_\_\_\_\_ (серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата и место его выдачи)

\_\_\_\_\_ адрес электронной почты (при наличии)

\_\_\_\_\_ контактный телефон

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать  мне;  лицу, законным или уполномоченным представителем которого (ой) я являюсь, (нужное отметить): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, адрес инвалида и степень родства – при наличии)

\_\_\_\_\_ опознавательный знак «Инвалид» для индивидуального использования.

Нуждаюсь в сурдопереводе  тифлосурдопереводе  не нуждаюсь

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку, хранение и передачу персональных данных получателя государственной услуги в целях и объеме, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы с целью оформления и выдачи опознавательного знака «Инвалид», а также на проведение видеозаписи, аудиозаписи при предоставлении государственной услуги.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Приглашен (-на) за получением знака по каналам телефонной связи на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_