|  |
| --- |
| Директору Івано-Франківської міської |
| (назва робочого органу Фонду) |
| виконавчої дирекції Івано-Франківського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності |
| **Модлінському О.Р.** |
|  |

**ПОЯСНЕННЯ**

***Щодо невиробничої травми, на підставі, якої видано мені лікарняний листок АДД № 413909, можу засвідчити наступне. Дана травма, а саме, перелом лівої руки, трапилась 22.04.2017р. ( субота ) прибл. о 10.00 за домашньою адресою( м.Івано-Франківськ, вул. Маланюка, б.12, кв.1) в результаті невдалого падіння зі сходів. Свідків при даній ситуації не було. Прибл. ч-з годину звернувся за допомогою в міський травмпункт, де був встановлений діагноз, надана перша допомога. Для продовження лікування було рекомендовано звернутись в поліклініку, куди я прибув 24.04.2017р. (понеділок, перший робочий день після події).***

***09.06.2017***