

**Центральна медична військово
лікарська комісія**
02000, м. Київ, б-р. Лесі Українки, 10А

(ПП, посада, звання, рік народження,
контактний номер телефону)

СКАРГА

Я, _____
(ПІБ, посада, звання, номер вч) під час виконання обов'язків військової служби та виконання бойового завдання _____ (дата та приблизний час поранення) отримав поранення в районі _____ (вказати місце де сталося поранення).

За наслідками даного поранення я проходив лікування в _____
(назва медичного закладу) в період з _____ року по _____ року, що підтверджується виписним епікризом № _____ від _____ року.

По завершенню лікування та реабілітації я пройшов військово-лікарську комісію.

Відповідно до постанови військово-лікарської комісії № _____ від _____ 202_р. було поставлено діагноз _____ (вказати діагноз) та визнано _____ (придатним/обмежено придатним) за статтею _____ Наказу МОЗ України №402 від 14.08.2008 року.

Я не погоджуюсь з даним висновком, вважаю його помилковим, оскільки стан мого здоров'я не дозволяє моє подальше проходження та здійснення військової служби, а тому я маю бути визнаним непридатним для проходження військової служби із виключенням з військового обліку.

На підтвердження незадовільного стану мого здоров'я надаю відповідні медичні висновки цивільних лікарських установ.

Дана обставина підтверджується як характером поранення, так і історією хвороби та лікування.

Крім того, дана інформація підтверджується і Висновком медичного обстеження № _____ від _____ (за необхідності слід провести в цивільній лікарні).

Таким чином, у відповідності до вимог Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних силах України, затвердженого Наказом Міністра оборони України №402 від 14.08.2008 р.:

ПРОШУ:

1. Скасувати Постанову ВЛК № _____ від _____.
2. Назначити та провести повторний медичний огляд.

3. Винести Постанову, якою визнати мене обмежено придатним/непридатним для проходження військової служби.

. Про результати розгляду скарги повідомити листом на ім'я _____ за адресою: _____, чи по тел. _____.

Додатки

1. Копія постанови ВЛК №_____ від _____.
2. Копія висновку медичного обстеження №_____ від _____. (за наявності).
3. Інші підтверджуючі медичні документи (за наявності).
4. Копія довідки про обставини травми (за наявності),

_____ 20__ року

(підпис) / (Прізвище та ініціали)