|  |  |
| --- | --- |
|  | **Командиру військової частини \_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (ПІП, посада, звання, рік народження,  контактний номер телефону) |

Р А П О Р Т

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ, посада, звання, військової частини № \_\_\_)*

згідно постанови військово-лікарської комісії №\_\_\_ від\_\_\_\_\_\_\_ визнаний непридатним до військової служби, стан мого здоров’я не дозволяє здійснювати обов’язки військової служби.

Керуючись Положенням про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року №1317 та з метою встановлення групи інвалідності/визначення відсотку втрати працездатності/визначення потреби в протезуванні прошу видати мені у встановленому порядку направлення на медико-соціальну експерту комісію.

Додатки

1. Копія постанови військово-лікарської комісії №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_\_\_202\_р.

2. Інші підтверджуючі документи (за наявності).

202\_ року (підпис) (Прізвище та ініціали)