|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНОПриказ Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики от 15.09. 2015 года № 67/2 |
|  |    (полное наименование органа труда и социальной защиты населения, предприятия) (фамилия, имя, отчество заявителя) Адрес фактического проживания:  Адрес регистрации:   |

**ЗАЯВЛЕНИЕ\***

**о разрешении на получение технического средства реабилитации уполномоченным лицом**

Я,

(фамилия, имя, отчество заявителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ выданный

(кем, дата)

прошу выдать изготовленное для меня средство реабилитации

(наименование изделия)

уполномоченному мной лицу

 (фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ выданный

(кем, дата)

Адрес регистрации:

Адрес фактического проживания:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись, фамилия и инициалы заявителя)

Я,

(фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

согласен(на) получить средство реабилитации

 (наименование изделия)

для передачи его

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись, фамилия и инициалы уполномоченного лица)

|  |
| --- |
| Средство реабилитации выдано «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на основании акта № \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «Получил(ла)» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись и фамилия ответственного лица) (подпись и фамилия уполномоченного лица)  |
| ✂-----------------------------------------------(линия отреза)------------------------------------------ |
| Средство реабилитации выдано «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на основании акта № \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «Получил(ла)» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись и фамилия ответственного лица) (подпись и фамилия уполномоченного лица)  |

\* Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики

 «О персональных данных».

**Директор департамента**

**по вопросам ветеранов,**

**инвалидов и других категорий А.А. Пискарева**