|  |  |
| --- | --- |
|  | **Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **(наименование учреждения МСЭ)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  | Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу обеспечить возможность участия в проведении медико-социальной экспертизы моего ребенка *ФИО, год рождения*, приглашенного мною в соответствии с п. 38 Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588, *ФИО приглашенного специалиста, специальность, должность, если имеется.*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

подпись