

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

**СВЕДЕНИЯ**  
**о наличии нарушения здоровья**  
№ \_\_\_\_\_

В соответствии с \_\_\_\_\_  
(наименование нормативного акта, номер (номера) пунктов)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество в родительном падеже)  
дата рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (место жительства, при отсутствии места жительства - место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть)

установлены следующие нарушения здоровья:

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

(краткое изложение сведений о наличии нарушения здоровья)

Основание: решение комиссии № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(личная подпись, инициалы, фамилия)

Место для  
оттиска печати

\_\_\_\_\_

\* Указывается номер формы по локальному классификатору документации (при наличии).

Примечание: рекомендуемая форма. Разработана в соответствии с ГОСТ Р6.30-2003 и Методическими рекомендациями ВНИИДАД по его внедрению.