

(ФНО)

проживающего (щей) по адресу:

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу организовать мероприятия по профессиональной реабилитации и абилитации моего(ей) сына/ дочери/ опекаемого(ей)

Ф.И.О. ребенка-инвалида, дата рождения

в соответствии с рекомендациями ИПРА ребенка-инвалида № _____ к протоколу № _____ проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от _____ с включением мероприятий, указанных в плане по реализации ИПРА.

Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) ребенка-инвалида паспорт Серия _____ № _____, выдан _____

« _____ » 20 ____ г.

_____/_____/_____
Дата подпись фамилия, инициалы