**VESELĪBAS UN DARBSPĒJU EKSPERTĪZES ĀRSTU VALSTS KOMISIJAI IESNIEGUMS**

**Invaliditātes vai darbspēju zaudējuma ekspertīzei**

|  |
| --- |
| 1.Personas dati |
| 1.1.Vārds:  | 1.2.Uzvārds:  |
| 1.3.Personas kods:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 1.4.Faktiskā adrese Latvijā:            |
| 1.5.Tālrunis:       |
| 1.6. E-pasts:       |
| 2.Ja iesniegumu iesniedz personas likumiskais pārstāvis |
| 2.1.Pārstāvības veids: [ ]  Bērna vecāks; [ ]  Aizbildnis; [ ]  Notariāli apstiprināta pilnvara; [ ]  Cits 2.2.Pārstāvības pamats:       |
| 3. Pārstāvja dati |
| 3.1.Vārds:  | 3.2.Uzvārds:  |
| 3.3.Personas kods:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 3.4.Faktiskā adrese Latvijā:            |
| 3.5.Tālrunis:       |
| 3.6. E-pasts:       |
| 4.Informācija par ģimenes ārstu Latvijā |
| 4.1.Vārds:  | 4.2.Uzvārds:  |
| 4.3.Prakses atrašanās vieta:            |
| 4.4.Tālrunis:       |
| 5.Lūdzu veikt: |
| [ ]  Invaliditātes vai darbspēju ekspertīzi |
| [ ]  Cits (ierakstīt)       |
| 6.Iesniegumam pievienotie dokumenti: |
| [ ]  Funkcionālo spēju pašnovērtējuma anketa (personām no 18 gadu vecuma) |
| [ ]  Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (veidlapa 088/u)  |
| [ ]  Izsniegtās ilgtermiņa vīzas vai uzturēšanās atļaujas kopija |
| [ ]  Likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija |
| [ ]  Citi (ierakstīt)                 |
| 7.Lēmuma dokumentus vēlos saņemt:  |
| [ ]  personīgi, ierodoties iestādē |
| [ ]  pa pastu uz šādu adresi Latvijā (ierakstīt):            |
| Datums:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / |  |
| diena |  | mēnesis |  | gads |

 | Paraksts: |