|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | (форма) | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | В апелляционную комиссию по рассмотрению заявления работника о несогласии с результатами расследования страхового случая, проведенного врачебной комиссией медицинской организации, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)  работающего в должности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование должности в соответствии со штатным расписанием и трудовым договором)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (место работы)  дата рождения (число, месяц, год):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места постоянного проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   ЗАЯВЛЕНИЕ | | |
| Прошу рассмотреть мое заявление в связи с несогласием с результатами расследования страхового случая, проведенного врачебной комиссией медицинской организации, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики.  Причина несогласия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  К заявлению прилагаю копию решения врачебной комиссии с результатами расследования страхового случая на \_\_\_\_ л.  В соответствии с [частью 1 статьи 9](consultantplus://offline/ref=596556A00853429DB1B8CACEEA09EBA30EDD6BFEE62971C1606B29812910E347D0C6F8AA4DA6BB5A442F35D41593534E3E1C61E678694CD6N4Z8L) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью рассмотрения вопроса о моем несогласии с результатами расследования страхового случая, проведенного врачебной комиссией медицинской организации, находящейся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, даю согласие оператору персональных данных на осуществление действий (операций) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление в документальной, электронной, устной форме.  Мне разъяснено, что настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.  Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а). | | |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |  |  |
|  |  | (подпись) |