

AVALDUS KUTSEALASE TÖÖVÕIME KAOTUSE SUURUSE KOHTA TÕENDI VÄLJASTAMISEKS

Taotleja ees- ja perekonnanimi	
Isikukood	
Elukoht	
Telefoninumber	
E-posti aadress	

Seoses kutsehaigusest/tööõnnetusest tingitud tervisekahjustusega palun väljastada tõend minu kutsealase töövõime kaotuse suuruse kohta protsentides.

Tõend palun saata
(asutuse nimetus)

.....
(meiliaadress)

AVALDUSELE LISATUD DOKUMENDID:

1.	Tööõnnetuse või kutsehaigestumise raport		lehel
2.	Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskuse teatis kutsehaiguse korral		lehel
3.			lehel

- Olen teadlik, et mul on õigus esitada taotlus kutsealase töövõime kaotuse suuruse uueks läbivaatamiseks 30 päeva jooksul pärast teatise saamist.
- Olen teadlik, et minu isikuandmeid (sh tervise infosüsteemis* sisalduvaid) töödeldakse ulatuses, mis on vajalik hüvitise määramise aluseks olevate asjaolude tuvastamiseks, hüvitise maksmiseks või muuks taotlusest tuleneva tegevuse läbi viimiseks.
- Enda kohta käivate terviseandmetega on võimalik tutvuda patsiendiportaalis internetiaadressil www.etervis.ee ID- kaardiga sisse logides.
- Annan nõusoleku oma andmete saatmiseks digitaalselt (krüpteerimata) avalduses märgitud aadressil

. .20 a.	
(Kuupäev)	(Taotleja allkiri)