

## ХОДАТАЙСТВО ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ

### 1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Время подачи ходатайства в отделе обслуживания клиентов	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)

### 1. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Наименование юридического лица	
Личный / регистрационный код представителя заявителя ходатайства	
Данные о праве представительства	

### 2. ЦЕЛЬ ЭКСПЕРТИЗЫ

<input type="checkbox"/>	Определение взаимосвязи между расстройством здоровья, полученным при исполнении служебных обязанностей, и частичной или отсутствующей трудоспособностью
<input type="checkbox"/>	Определение инвалидности у ребенка-инвалида или у инвалида с детства в возрасте младше 18 лет задним числом в период . . . . . г. - . . . . . г.

### 3. МОИ ВРАЧИ

<input type="checkbox"/>	<b>Семейный врач</b>
	Имя
	Фамилия
	учреждение
<input type="checkbox"/>	<b>Eriarst</b>
	Имя
	Фамилия
	учреждение
<input type="checkbox"/>	<b>Eriarst</b>
	Имя
	Фамилия
	учреждение

### 4. УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

<input type="checkbox"/>	<b>в незашифрованном виде на адрес электронной почты</b> (отправим решение на адрес электронной почты, указанный в ваших личных контактных данных)
<input type="checkbox"/>	<b>по электронной почте в зашифрованном виде</b> (документ, прилагаемый к электронному письму, зашифрован, и для его открытия необходимы ID-карта, считыватель ID-карты и программное обеспечение DigiDoc, а также необходимо программное обеспечение Acrobat Reader и т. п. для открытия документа в формате PDF)
<input type="checkbox"/>	<b>простым письмом</b> (отправим решение на почтовый адрес, указанный в ваших личных контактных данных)
<input type="checkbox"/>	<b>заказным письмом</b> (отправим решение на почтовый адрес, указанный в ваших личных контактных данных. Если заказное письмо не удастся передать Вам в течение 3 рабочих дней, то Вам будет оставлено извещение и Вы сможете получить письмо в течение 15 календарных дней в почтовом отделении.)

### 5. К ХОДАТАЙСТВУ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

--

6. ЗНАЮ и ПОДТВЕРЖДАЮ, что:

<input type="checkbox"/>	Мне известна цель подачи ходатайства об экспертизе, я подтверждаю правильность представленных данных и согласен / согласна на обработку моих персональных данных и персональных данных конфиденциального характера (в том числе данных, содержащихся в информационной системе здравоохранения*) (в том числе на их передачу третьим лицам), если это необходимо для определения взаимосвязи между моим расстройством здоровья, полученным при исполнении служебных обязанностей, и частичной или отсутствующей трудоспособностью, а также для определения инвалидности у ребенка-инвалида или у инвалида с детства в возрасте младше 18 лет задним числом.
--------------------------	--

С медицинскими данными о себе можно ознакомиться в интернете на портале для пациентов по адресу [www.terviseportaal.ee](http://www.terviseportaal.ee).

7. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

. . 20 . г.	Подпись заявителя ходатайства:	
	Подпись законного представителя:	
<input type="checkbox"/>	Заявитель ходатайства или его законный представитель подписал заявление электронно-цифровой подписью	