

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДАЧЕ СПРАВКИ, СВЯЗАННОЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ/НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА РАБОТЕ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)

2. В СВЯЗИ С ВРЕДОМ ЗДОРОВЬЮ, ПРИЧИНЁННЫМ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА РАБОТЕ, ПРОШУ ВЫДАТЬ СПРАВКУ:

<input type="checkbox"/>	о размере компенсации (пожалуйста, укажите долю Департамента социального страхования в процентах)
<input type="checkbox"/>	о размере пенсии по нетрудоспособности
<input type="checkbox"/>	о продолжении бессрочной выплаты возмещения ущерба при выходе на пенсию по старости, в том числе на пенсию по старости на льготных условиях
<input type="checkbox"/>	о степени потери трудоспособности в процентах вследствие профессионального заболевания или несчастного случая на работе

3. СПРАВКА О НЕОБХОДИМОСТИ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ:

<input type="checkbox"/>	показания к дополнительным расходам - согласно мнению врача-эксперта потребность в дополнительных расходах (пожалуйста, укажите долю Департамента социального страхования в процентах)
--------------------------	--

4. СПРАВКУ ПРОШУ ОТПРАВИТЬ:

Название учреждения	
Адрес электронной почты	

5. ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ:

1	Отчет о несчастном случае на работе или профессиональном заболевании	лист(-а, -ов)
2	Извещение Центра профессиональных заболеваний и гигиены труда в случае профессионального заболевания	лист(-а, -ов)
3		лист(-а, -ов)
4		лист(-а, -ов)

6. ПОДТВЕРЖДАЮ, что:

<input type="checkbox"/>	<p>Мне известно, что я имею право подать ходатайство о повторном рассмотрении размера потери профессиональной трудоспособности в течение 30 дней после получения извещения.</p> <p>Мне известно, что мои персональные данные (включая данные, содержащиеся в информационной системе здоровья*) будут обрабатываться в объеме, необходимом для выявления обстоятельств, которые будут являться основанием для назначения и выплаты компенсации или проведения других действий, вытекающих из запроса.</p> <p>Ознакомиться с текущими данными о своем здоровье можно на портале для пациентов по интернет-адресу www.terviseportaal.ee с помощью ID-карты.</p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Даю свое согласие на отправку своих данных в цифровом (незашифрованном) виде по адресу, указанному в заявлении.
--------------------------	---

7. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

. . 20 . г.	Подпись заявителя ходатайства:	
<input type="checkbox"/>	Заявитель ходатайства подписал заявление электронно-цифровой подписью	