

В ГУ — Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

от _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающего _____
СНИЛС _____ ИНН _____
дом тел. _____ моб. телефон _____

Заявление

Прошу **оплатить проезд к месту** _____
_____ **в** _____ **и обратно** **в**
связи с получением реабилитационной меры согласно Программы реабилитации
пострадавшего от _____ № _____ о нуждаемости в _____.

Являюсь инвалидом ___ группы в связи с несчастным случаем на производстве,
профессиональным заболеванием /или/ _____
(подчеркивается или указывается)

Не получил/а/ услугу, воспользовавшись правом выбора, бесплатно или на льготных
основаниях в соответствии с действующими федеральными законами и нормативными
правовыми актами Российской Федерации.

Трудовое увечье получил /а/ во время работы в _____

(указывается наименование предприятия (организации), где произошел несчастный случай на производстве)

В настоящее время не /или/ работаю _____

(подчеркнуть, указать наименование и нахождение работодателя)

Согласен/а/ получить затраченную мною сумму денег в порядке получения
ежемесячного возмещения.

Приложение:

1. _____
2. _____

_____ 201__ г.

Подпись _____