

ПРЕДСЕДАТЕЛЮ

Санкт-Петербургского регионального межведомственного экспертного совета
по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан,
подвергшихся воздействию радиационных факторов

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас рассмотреть вопрос о причинной связи заболеваний (инвалидности или смерти)

* Ф.И.О. (пострадавшего) _____

с радиационным воздействием _____

(указываются обстоятельства радиационного воздействия)

Сведения о заявителе						
*Ф		*И		*О		
*Дата рождения (число, месяц, год):		пол:		СНИЛС:		
		тел:		Email:		
* Адрес	* Индекс	*Регион		*Район		
	*Населенный пункт		*улица	*Дом	корп.	*Квартира
Сведения о пострадавшем						
*Ф		*И		*О		
*Дата рождения (число, месяц, год):		пол:		СНИЛС:		
		тел:		Email:		
* Адрес	* Индекс	*Регион		*Район		
	*Населенный пункт		*улица	*Дом	корп.	*Квартира
Дата пребывания в зоне радиационного воздействия		с:		по:		
Место работы в период радиационного воздействия						
Должность - в период радиационного воздействия						

*Дата подачи заявления: _____
(число) (месяц) (год)

Подпись _____

* - обязательное поле для заполнения (заполнить печатными буквами)