|  | **Центральна медична військово лікарська комісія**  02000, м. Київ, б-р. Лесі Українки, 10А |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (ПІП, посада, звання, рік народження,  контактний номер телефону) |

СКАРГА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ, посада, звання, номер вч)* під час виконання обов’язків військової служби та виконання бойового завдання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата та приблизний час поранення)* отримав поранення в районі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(вказати місце де сталось поранення).*

За наслідками даного поранення я проходив лікування в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(назва медичного закладу)* в період з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року, що підтверджується виписним епікризом №\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_року*.*

По завершенню лікування та реабілітації я пройшов військово-лікарську комісію.

Відповідно до постанови військово-лікарської комісії №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_\_\_202\_р. було поставлено діагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(вказати діагноз)* та визнано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(придатним/обмежено придатним)* за статтею \_\_\_\_ Наказу МОЗ України №402 від 14.08.2008 року.

Я не погоджуюсь з даним висновком, вважаю його помилковим, оскільки стан мого здоров’я не дозволяє моє подальше проходження та здійснення військової служби, а тому я маю бути визнаним непридатним для проходження військової служби із виключенням з військового обліку.

На підтвердження незадовільного стану мого здоровʼя надаю відповідні медичні висновки цивільних лікарських установ.

Дана обставина підтверджується як характером поранення, так і історією хвороби та лікування.

Крім того, дана інформація підтверджується і Висновком медичного обстеження №\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_ *(за необхідності слід провести в цивільній лікарні)*.

Таким чином, у відповідності до вимог Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних силах України, затвердженого Наказом Міністра оборони України №402 від 14.08.2008 р.:

ПРОШУ:

1. Скасувати Постанову ВЛК №\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Назначити та провести повторний медичний огляд.

3. Винести Постанову, якою визнати мене обмежено придатним/непридатним для проходження військової служби.

. Про результати розгляду скарги повідомити листом на ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чи по тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Додатки

1. Копія постанови ВЛК №\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Копія висновку медичного обстеження №\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (за наявності).

3. Інші підтверджуючі медичні документи (за наявності).

4. Копія довідки про обставини травми(за наявності),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року (підпис) / (Прізвище та ініціали)