Главному врачу

[*название поликлиники*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею [2, 3, *бессрочную*] группу инвалидности с [*дата последнего освидетельствования*]. В течение последних [*временной промежуток в месяцах*] месяцев состояние моего здоровья значительно ухудшилось, в результате чего возникла необходимость переосвидетельствования в бюро МСЭ с целью усиления группы инвалидности.

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) направить меня на переосвидетельствование, ссылаясь на то, что [*временной промежуток в месяцах*] назад он(а) уже направлял(а) меня на МСЭ, а количество обращений на переосвидетельствование ограничено.

Прошу вас в соответствии с п. 19 Правил признания лица инвалидом выдать мне справку об отказе в направлении на МСЭ, на основании которой я буду обращаться в бюро МСЭ самостоятельно.

Дата: Подпись: