Форма № 9

|  |
| --- |
|  |

****

**Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты**

Национальный консилиум по установлению ограничения возможностей и трудоспособности

**РЕШЕНИЕ**

**о контроле установления степени ограничения возможностей**

*выданное службой контроля за установлением степени ограничения возможностей № \_\_\_\_\_*

 В результате *(указать причину/основание для проведения проверки)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, была проведена проверка досье господина/госпожи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IDNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

местожительство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­,

степень ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ первично/повторно *(подчеркнуть)*, на период от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, была установлена группой № \_\_\_\_в рамках службы по установлению степени ограничения возможностей, а вследствие проверки, проведенной службой контроля № \_\_\_\_А\_\_\_,

**ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Решение***  | ***Отметить галочкой*** | ***Мотивирование решения****(могут быть приложены дополнительные документы, с подробным объяснением причин, каждый лист должен быть подписан и парафирован членами службы контроля)* |
| **Подтвердить** степень ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_ (*указать*) |  |  |
| **Изменить** степень ограничения возможностей с \_\_\_\_\_\_ на\_\_\_\_\_\_ (*указать*) |  |  |
| **Аннулировать** степень ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать*) |  |  |
| **Не присваивать** степень ограничения возможностей |  |  |
| **Присвоить** степень ограничения возможностей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать*) |  |  |

Члены службы контроля (*фамилия, имя, подпись*)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный за деятельность службы контроля (*фамилия, имя, подпись)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*М. П.*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_