

Додаток 19
до Правил розгляду заяв та
оформлення документів, необхідних
для вирішення питання про визнання
біженцем або особою, яка потребує
додаткового захисту, втрату і
позбавлення статусу біженця та
додаткового захисту і скасування
рішення про визнання особи біженцем
або особою, яка потребує додаткового
захисту

Штамп територіального органу ДМС
Місцезнаходження

_____ (адресат)

**НАПРАВЛЕННЯ
НА МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ**

Громадянин(ка) _____
(громадянство/підданство, країна постійного
проживання)

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата, місяць, рік народження _____

Адреса проживання: _____

Справа № _____

Керівник територіального органу ДМС _____
(підпис)

М. П.

(лінія відрізу)

ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ОСОБИ, ЯКА ПРОЙШЛА МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

Громадянин(ка) _____

(країна постійного проживання,

громадянство/підданство)

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата, місяць, рік народження _____

"__" _____ 20__ року

_____ (підпис працівника закладу охорони здоров'я)

Печатка/штамп закладу охорони здоров'я