

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(наименование федерального государственного
учреждения медико-социальной экспертизы)

СПРАВКА серия ____ N ____
о результатах установления степени утраты
профессиональной трудоспособности в процентах
(выдается освидетельствованному)

(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

оборотная сторона

Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____

(указывается прописью)

в связи с _____ от _____

Срок установления степени утраты профессиональной
трудоспособности

с _____ до _____

Дата очередного освидетельствования _____

Дополнительные заключения _____

Основание: акт N _____ освидетельствования в федеральном
государственном учреждении медико-социальной экспертизы

Дата выдачи справки _____

Руководитель федерального
государственного учреждения