|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | |
|  | Генеральному директору  ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова» Минздрава России  С.А. Бойцову у | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | от |  | | | | | |
|  | (должность) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (структурное подразделение) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО работника полностью) | | | | | | |
|  | № тел. | |  | |  |  |  |
|  |  | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас в связи с установлением \_\_\_\_\_ группы инвалидности установить ежегодный удлиненный основной оплачиваемый отпуск 30 календарных дней с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Копию справки МСЭ и ИПРА прилагаю.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | / |  |
|  | | (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия, инициалы работника) |
| **Согласовано:** | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| (должность) | | |  | (подпись) |  | (ФИО) |
|  |  | |  |  |  |  |
| (должность) | | |  | (подпись) |  | (ФИО) |
| Начальник отдела | по управлению персоналом | |  |  |  | Андрюшина Е.С. |
| (должность) | | |  | (подпись) |  | (ФИО) |