**Военный комиссариат** \_\_\_(*наименование учреждения*)\_\_\_\_\_\_\_(*наименование субъекта РФ*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Военному комиссару** \_\_\_\_(*наименование учреждения и субъекта РФ*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для сведения**

**Уполномоченному по правам**

**человека в** \_\_(*н субъекта РФ*)\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**От**  (ФИО заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_(*ФИО заявителя*)\_\_\_\_\_\_( *дата*) года рождения, решением призывной комиссии \_\_\_\_\_\_(*наименование комиссии и субъекта РФ*)\_\_\_\_\_\_\_ был направлен для прохождения альтернативной гражданской службы (далее АГС) в \_\_\_\_\_\_(*наименование учреждения*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

До направления на АГС у меня диагностировались: \_\_\_\_\_\_(*диагнозы из медицинских документов*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Приложение № 1).

Во время прохождения службы состояние моего здоровья ухудшилось и на данный момент у меня были диагностированы: \_\_\_*(диагнозы из медицинских документов)* \_\_\_\_ (приложение № 2). В связи с наличием данных заболеваний у меня имеются: \_\_\_\_\_\_(*указать конкретные жалобы*)\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с п. 79-83 «Положения о Военно-врачебной Экспертизе» (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 года № 565).

**ПРОШУ:**

Направить меня, \_\_\_(*ФИО заявителя*)\_\_\_ на военно-врачебную комиссию для определения категории годности к дальнейшему несению службы.

***Приложения****:*

1. *Медицинские документы, характеризующие состояние здоровья до призыва на альтернативную гражданскую службу;*
2. *Медицинские документы, характеризующие изменение в состоянии здоровья, произошедшие после начала прохождения альтернативной гражданской службы.*

 Дата подачи заявления«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.       Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/