1. Заведующему ДПО № 00 Санкт-Петербурга

ФИО

Адрес: Санкт-Петербург, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. 00, корп.0

**Копия**:

3. В ООО \_\_\_\_\_\_\_ /медицинское страхование по ОМС/

Адрес: 100000, Санкт-Петербург, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_,

от ФИО

законного представителя ФИО призывника, 00.00.0000г.р.

Адрес для ответа: 100000, СПб, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. 00, кв. 00

Контактный телефон +7-\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

 Мой сын, ФИО призывника, 00.00.0000.г.р., имеет заболевание

«Бронхиальная астма» /код по МКБ-10 J45.0/,

«Аллергический ринит» /J30.1/,

«Поллиноз»,

«Аллергический риноконъюктивит»,

«Атопический дерматит /L20.8/,

«Аллергическая крапивница» /L50.0/

«Пигментный невус» /D22/

С 00 месяца 0000 года регулярно проходит лечение, состоит на диспансерном учете в ДПО 00 у врача-аллерголога ФИО.

С 00 месяца 0000 года состоит на диспансерном учете по заболеванию «Атопический дерматит» в СПбГБУЗ «КВД № » у врача – дерматовенеролога ФИО.

 В связи с законодательством РФ, регулирующим передачу детей, достигших 18-летнего возраста, из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети, а также в связи с тем, что ФИО призывника состоит на диспансерном учете в детской поликлинике

**ПРОШУ:**

Заведующего ДПО № 00:

1. подготовить все необходимые документы для перевода (переводной эпикриз, лист уточненного диагноза, контрольную карту диспансерного наблюдения и другие документы, если необходимо);

2. выдать на руки мне – законному представителю ФИО /призывника/ – ФИО /законного представителя/ надлежащим образом заверенные копии переводных документов;

3. передать все необходимые для перевода документы в ВПО № \_\_\_ своевременно, не позднее \_\_\_ дней со дня 18–летия ФИО призывника / или не позднее 3-х дней с 00.00.0000г.

4. дать письменный ответ по существу обращения в установленный законом срок.

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

 Дата Подпись