

Штамп медицинской организации

Форма 2

СПРАВКА
О ПРАВЕ ГРАЖДАНИНА НА ЖИЛИщНЫЕ ЛЬГОТЫ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ
от "___" _____ 20__ г. № _____

На основании запроса Управления Департамента жилищной политики и жилищного фонда города Москвы в _____ административном округе города Москвы от "___" _____ 20__ г. № _____ сообщаем, что гр. _____, инвалид _____ группы, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____ , согласно приказу Минздрава России от 30.11.2012 № 991н "Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь":

имеет не имеет
(нужное подчеркнуть)

заболевание, указанное в данном перечне.

Справка выдана для представления в Департамент жилищной политики и жилищного фонда города Москвы и действительна два года со дня выдачи.

Лечащий врач:

Ф.И.О. _____ Подпись _____

Заведующий отделением:

Ф.И.О. _____ Подпись _____

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе:

Ф.И.О. _____ Подпись _____

Главный врач:

Ф.И.О. _____ Подпись _____

Круглая печать
медицинской организации