В

(наименование многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг)

**Заявление**

**о предоставлении гражданину услуги по печати на бумажном носителе сертификата о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), сформированного в виде электронного документа   
в автоматическом режиме посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», в многофункциональном центре предоставления государственных и муниципальных услуг**

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

Документ, удостоверяющий личность\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа и его реквизиты: серия, номер, кем и когда выдан)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты паспорта гражданина Российской Федерации, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации (в случае, если требуется сертификат на английском языке)

Фамилия и имя заявителя на английском языке (в случае, если требуется сертификат на английском языке)

При обращении представителя заявителя дополнительно заполняются:

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Данные документа, удостоверяющего личность:

(серия, номер, кем и когда выдан)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя

Прошу выдать мне сертификат о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях  
к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (далее – Сертификат), на бумажном носителе,

|  |  |
| --- | --- |
|  | в том числе экземпляр на английском языке |

Даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | / |  |
|  |  | подпись |  | (расшифровка подписи) |

\* - документ, удостоверяющий личность, ранее предъявлявшийся при осуществлении профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и (или) оказании медицинской помощи при заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Мною получен:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Сертификат |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Уведомление |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |
|  | подпись |  | (расшифровка подписи) |

Выдан:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Сертификат |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Уведомление |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | / |  |
| (Должность работника МФЦ) |  | подпись |  | (расшифровка подписи) |