

(Prašymo dėl privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepavimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidų kompensavimo forma)

(vardas, pavardė, asmens registracijos numeris)

(asmens nurodyta gyvenamoji vieta, tel. Nr.)

Užimtumo tarnybos _____ klientų aptarnavimo departamento
Klientų aptarnavimo _____ skyriui

**PRAŠYMAS
DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS TIKRINIMO IR SKIEPIJIMO NUO UŽKREČIAMŲJŲ LIGŲ
IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO**

20__ m. _____ d.

(vieta)

Prašau kompensuoti privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepavimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidas, kadangi nuo 20__ m. _____ d. dalyvausiu Užimtumo skatinimo ir motyvavimo paslaugų nedirbantiems ir socialinę paramą gaunantiems asmenims modelio įgyvendinimo priemonėje bandomoji praktika.

PRIDEDU:

1. Medicininė pažyma Nr. f046/a, f047/a, f048/a, f083-1/a, f086/a _____ lapų.
(tinkamą Nr. pabraukti)
2. Sveikatos tikrinimo ir skiepavimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidas pagrindžiantys dokumentai
(*nurodyti*):
_____, _____ lapų;

Privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepavimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidų kompensaciją (-as) prašau pervesti:

Asmeninės sąskaitos Nr. _____.

Kredito, mokėjimo ir (ar) elektroninių pinigų įstaiga _____.

PATVIRTINU, kad mano pateikti duomenys yra teisingi.

(parašas)

(vardas, pavardė)