|  |  |
| --- | --- |
| В |  |
|  | (наименование многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг (далее – МФЦ) |

**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 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 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 распечатать Сертификат на бумажном носителе на имя

|  |
| --- |
|  |

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, сертификат которого подлежит печати)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 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 сотрудника МФЦ |  | подпись |  | расшифровка подписи |