|  |
| --- |
| Директору (указать наименование организации)  ОТ: указать должность, ФИО, телефон для связи |

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) получил распоряжение в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года пройти процедуру вакцинации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название заболевания, наименование вакцины) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать мед учреждение).

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_года мною в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать мед учреждение), в соответствии с законодательством РФ, подано два заявления о предоставлении информации.

В связи с отсутствием ответа на указанные заявления от медицинской организации сообщаю о невозможности пройти процедуру вакцинации в требуемый период. Подтверждаю готовность пройти процедуру вакцинации после получения мною в строгом соответствии с действующим законодательством полной и достоверной информации от медицинской организации, а также предоставления мне надлежащим образом заверенных документов, запрошенных в поданных заявлениях.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_