# Заявление близкого родственника (лица, взявшего на себя обязанности погребения) главному врачу учреждения государственной системы здравоохранения об отказе от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

Приложение N 1 к Распоряжению Департамента здравоохранения города Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р (в ред. Распоряжения Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.08.2012 N 829-р)

Главному врачу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения государственной системы здравоохранения

г. Москвы, Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", пункта 1 статьи 5

Федерального закона от 12.01.1996 N 8 "О погребении и похоронном деле"

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право

представлять интересы умершего)

близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя

обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения

патологоанатомического вскрытия умершего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место смерти и дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и возраст умершего)

по причине (нужное подчеркнуть):

- по религиозным мотивам;

- по иным мотивам, основаниям (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае

сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии

патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения государственной системы здравоохранения г. Москвы)

по поводу качества диагностики и лечения.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О. должностного лица

учреждения государственной системы

здравоохранения г. Москвы, дата)

Источник - Распоряжение Департамента здравоохранения г. Москвы от 14.04.2006 № 260-р (с изменениями и дополнениями на 2012 год)

Сохраните в закладки наш сайт: [Порядокправа.рф](https://порядокправа.рф)  
  
Прямая ссылка на документ: [https://порядокправа.рф/obrazecy/zayavlenie\_blizkogo\_rodstvennika\_lica\_vzyavshego\_na\_sebya\_obyazannosti\_pogrebeniya\_glavnomu\_vrachu\_uchrezh.htm](https://порядокправа.рф/zayavlenie_blizkogo_rodstvennika_lica_vzyavshego_na_sebya_obyazannosti_pogrebeniya_glavnomu_vrachu_uchrezh.htm)