

**Назва вищої військово-лікарської комісії
за підпорядкуванням**

Від _____

СКАРГА

на постанову _____ ВЛК від _____ р. № _____

Я, військовослужбовець (за контрактом, призваний по мобілізації), _____, _____ року народження, (звання, посада, підрозділ, в/ч), _____, отримав поранення під час виконання бойового завдання (обов'язків військової служби) _____ (дата, час, місце отримання поранення), внаслідок якого завдано шкоду моему здоров'ю. У зв'язку з одержаним мною пораненням я був звільнений від виконання обов'язків військової служби, та проходив лікування в _____ в період з _____ р. по _____ р.

По завершенню лікування та реабілітації я пройшов військово-лікарську комісію. Відповідно до постанови військово-лікарської комісії № _____ від _____ 202_р. було поставлено діагноз _____ та визнано _____ (придатним/обмежено

придатним/непридатним з переоглядом через 6-12 місяців) за статтею _____ Наказ Міністерства Оборони України Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України від 14.08.2008 № 402.

Я не погоджуюсь з даним висновком, оскільки стан мого здоров'я та не дозволяє виконувати передбачені статутами, посадовою інструкцією службові обов'язки з моєї військової спеціальності у Збройних Силах України. _____

_____ (інші аргументи щодо неможливості продовження служби в рядах ЗСУ/неможливості виконання певних обов'язків чи видів робіт). Що також підтверджується наступними медичними висновками:

Також при винесенні оскаржуваної постанови не було враховано наступне:

Керуючись положеннями Наказу Міністерства Оборони України Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України від 14.08.2008 № 402:

ПРОШУ:

1. Скасувати Постанову ВЛК № _____ від _____
2. Призначити та провести повторний медичний огляд.
3. Винести Постанову, якою визнати мене обмежено придатним/непридатним для проходження військової служби у Збройних Силах України з виключенням із військового обліку.

До скарги додаю:

1. Копія постанови ВЛК № _____ від _____.

2. Копія висновку медичного обстеження №_____від_____.

Копія довідки про обставини травми. “____” _____20__р.

Підпис/ звання, прізвище, ініціали

«__» _____20__ р.

(підпис)

(ПІБ)