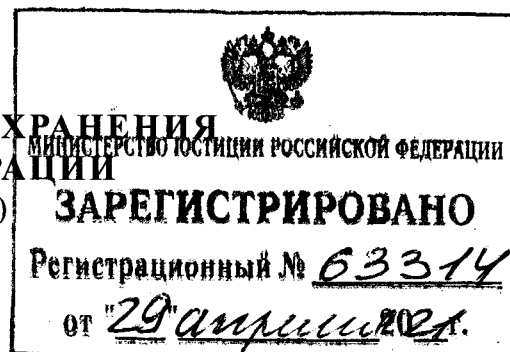




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)



**П Р И К А З**

*2 февраля 2021 г.*

№ 394

Москва

**Об утверждении формы согласия  
гражданина на направление на медико-социальную экспертизу**

В соответствии с абзацем вторым пункта 15 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 9, ст. 1018; 2019, № 21, ст. 2569), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации форму согласия гражданина на направление на медико-социальную экспертизу согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « 2 » февраля 2021 г. № 39н

Форма

**Согласие  
гражданина на направление на медико-социальную экспертизу**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

и проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо его законного (уполномоченного) представителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(кем выдан, дата)

даю согласие на направление на медико-социальную экспертизу меня /  
направление на медико-социальную экспертизу гражданина *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
\_\_\_\_\_ года рождения, законным (уполномоченным) представителем которого  
я являюсь *(нужное подчеркнуть)*, в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .  
(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы (главного бюро медико-социальной  
экспертизы, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в котором предполагается  
проведение медико-социальной экспертизы гражданина)

Лечащим врачом (заведующим отделением) *(нужное подчеркнуть)*

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

медицинской организации \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

мне в доступной форме разъяснен порядок направления на медико-социальную  
экспертизу<sup>1</sup> в целях \_\_\_\_\_  
(указать цель направления на медико-социальную экспертизу<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Раздел III Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 9, ст. 1018; 2020, № 49, ст. 7916).

<sup>2</sup> Пункт 5 формы 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2018 г., регистрационный № 52777), с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации 28 августа 2019 г. № 589н/692н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2019 г., регистрационный № 56020).

---

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от направления на медико-социальную экспертизу.

Также мне разъяснено, что согласие на направление на медико-социальную экспертизу оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем и лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации), либо формируется в форме электронного документа, подписанного мною или моим законным (уполномоченным) представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также лечащим врачом (заведующим отделением медицинской организации) с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина<sup>3</sup>:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного)  
представителя гражданина)

---

(адрес места жительства законного (уполномоченного) представителя  
гражданина)

---

(подпись гражданина либо  
его законного (уполномоченного)  
представителя)

---

(расшифровка подписи)

---

(подпись лечащего врача/  
заведующего отделением  
медицинской организации)

---

(расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

---

<sup>3</sup> Заполняется в случае, если форму согласия гражданина на направление на медико-социальную экспертизу заполняет его законный (уполномоченный) представитель.