# ДОДАТОК 26. СКАРГА НА ПОСТАНОВУ ВЛК

# 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 моєму здоров’ю. У зв’язку з одержаним мною пораненням я був звільнений від виконання обов’язків військової служби,

та проходив лікування в

р.

в період з

р. по

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 Зробйних 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)