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

 (руководителю медицинского учреждения)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающ\_\_ по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находил\_\_\_\_ на больничном в период с \_\_.\_\_.\_\_\_\_ по \_\_.\_\_.\_\_\_\_ включительно.

Листок нетрудоспособности был выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошу выдать дубликат листка нетрудоспособности.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

 (дата)