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

(наименование органа)

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

(должность, Ф.И.О.)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. или наименование заявителя)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалоба на действия (бездействия) медицинского (их) работника (ов)

(органов Минздрава России).

Прошу вас провести проверку действий (бездействий) медицинского (их) работника (ов) (органов Минздрава России) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО и должность сотрудника, наименование медицинского учреждения) при выполнении ими должностных обязанностей по оказанию медицинской помощи при следующих обстоятельствах:

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. я обратился(лась) в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения, ФИО и должность сотрудников, время звонка (ов), телефон, по которому звонили, продолжительность вызова) в связи с тем, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (у меня был выявлен положительный тест на коронавирус, клинические признаки: температура кашель, заложенность носа, затрудненное дыхание, одышка, боли в груди, слабость, головная боль, потеря обоняния, наличие хронических заболеваний).

Моим обращением занимался(лись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О., наименование медицинского учреждения). Однако медицинская помощь до настоящего времени не оказана, медицинские работники на неоднократные вызовы не прибывали.

Я считаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О., наименование учреждения) бездействовал(и) (либо действовал незаконно) при проведении мероприятий, связанных с моим обращением, что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (моими обращениями (дата, время), звонками, записью телефонных переговоров пояснениями родственников и соседей и т.д.).

Заявитель считает действия (бездействия) медицинских работников незаконным, поскольку они противоречат Конституции РФ и Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и нарушают права и законные интересы заявителя, а именно: конституционное право гражданина на получение бесплатной медпомощи в государственных и муниципальных учреждениях, в том числе в сроки, установленные нормативно-правовым актам в сфере здравоохранения.

На основании вышеизложенного,

ПРОШУ:

Принять предусмотренные законодательством меры реагирования с целью восстановления (защиты) нарушенных прав, свобод и законных интересов заявителя (или: прав, свобод и законных интересов граждан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

(перечень лиц)

В связи с тем, что до настоящего времени квалифицированная медицинская помощь не оказана, прошу провести проверку по вышеуказанным фактам в кратчайшие сроки.

О результатах проверки уведомить заявителя по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Документы, подтверждающие нарушение прав и законных интересов заявителя.

2. Доверенность представителя от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. № \_\_\_ (если

жалоба подписывается представителем заявителя).

3. Иные документы, подтверждающие обстоятельства, на которых основана жалоба.