Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

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

(должность и Ф.И.О. работника)

**Заявление**

об отказе в исполнении ИПР

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, занимающая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и являющаяся инвалидом \_\_\_\_\_группы, уведомляю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о своем отказе от исполнения (реализации) индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР), выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(орган медико-социальной экспертизы)

в части:

- исполнения (реализации) мероприятий профессиональной реабилитации;

- исполнения рекомендаций о противопоказанных и доступных условиях и видах труда.

Частичный отказ от исполнения (реализации) моей индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР) вызван отсутствием необходимости в моей адаптации на прежнем рабочем месте, поскольку существующие условия и виды моего труда в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ полностью соответствуют состоянию моего здоровья.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)