

תאריך: _____

לכבוד
משרד האוצר - הרשות לזכויות ניצולי השואה
מחלקת תביעות
רח' יצחק שדה 17
ת.ד. 57380
תל אביב 6157302
טל. 03-5682651

הנדון: בקשה לועדה רפואית בתחום מחלות עור

שמי: _____

ת.ז: _____

הנני סובל/ת ממחלת העור הבאה: (הקף/י את המחלה הרלוונטית)

1. פסוריאזיס
2. ATOPIC DERMATITIS
3. NEUROTIC EXCORIATION
4. גרד קשה ללא סיבה מוכחת

אבקש שועדה רפואית תבדוק את נכותי בתחום מחלות העור, על סמך המסמכים המצורפים, וזאת לאור ההמלצות של ועדת שני הקובעות קשר סיבתי בין הרדיפות לבין מחלתי, ותקבע את אחוזי הנכות שלי בהתאם.

יש לצרף לבקשה מסמכים רפואיים.

אם הנך מעוניין/נת שהדיון בבקשתך יתקיים ללא נוכחותך, אנא סמן/ני- "בקשה לדיון ללא נוכחות".

בקשה לדיון ללא נוכחותי

בעקבות גילי המתקדם וההשפעה של המצב הרפואי על המחלה, אבקש הפעלת תקנה 12

בברכה,
