



ДЕРЖАВНА РЕГУЛЯТОРНА СЛУЖБА УКРАЇНИ

вул. Арсенальна, 9/11 м. Київ 01011, тел. (044) 254-56-73, факс (044) 254-43-93
E-mail: inform@dkrp.gov.ua, Web: <http://www.drs.gov.ua>, код ЄДРПОУ 39582357

від _____ № _____

на № _____ від _____

РІШЕННЯ

про погодження проекту регуляторного акта

Державна регуляторна служба України відповідно до Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» розглянула проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518» (далі – проект постанови), а також документи, що додаються до проекту постанови, подані листами Міністерства соціальної політики України від 28.03.2019 № 6281/0/2-19/58, від 23.04.2019 № 7984/0/2-19/58 та від 15.05.2019 № 9290/0/2-19/58.

Під час знаходження на розгляді у ДРС, редакція проекту регуляторного акта була доопрацьована розробником у робочому порядку.

За результатами проведеного аналізу доопрацьованого проекту постанови та його аналізу регуляторного впливу на відповідність вимогам статей 4, 5, 8 і 9 Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» та керуючись частиною 4 статті 21 цього Закону, Державна регуляторна служба України

вирішила:

погодити проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518».

Голова

К. ЛЯПІНА



Кривошей О.В. 2545825

РІШЕННЯ № 243 від 29.05.2019

Кривошей Олена Володимирівна





КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 2019 р. №

Київ

**Про внесення змін до постанови
Кабінету Міністрів України
від 1 жовтня 2014 р. № 518**

Кабінет Міністрів України **постановляє:**

Внести до постанови Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518 “Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок” (Офіційний вісник України, 2014 р., № 82, ст. 2330; 2016 р., № 23, ст. 901; 2017 р., № 27, ст. 784, № 38, ст. 1204) зміни, що додаються.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

1. Інформація про проведену оцінку функціональних можливостей учасника операції з порушенням:

(функцій нижньої кінцівки/кінцівок)

(функцій верхньої кінцівки/кінцівок)

2. Інформація про медичні показання/протипоказання для занять спортом за станом опорно-рухового апарату та кукси без обмежень для використання спеціального виробу для занять _____

(вид спорту або фізкультурно-спортивної реабілітації)

3. Висновок:

_____ показано використання спеціального виробу
(прізвище, ініціали учасника операції)

для занять _____
(вид спорту або фізкультурно-спортивної реабілітації)

МП

Керівник закладу охорони здоров'я, реабілітаційної установи

(підпис)

(ініціали, прізвище)

_____ 20__ року

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини або фахівець з реабілітації, або лікар-ортопед-травматолог (необхідне зазначити)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

_____ 20__ року".

