|  |  |
| --- | --- |
| Керівнику | Управління праці та соціального захисту населення Подільської районної в місті Києві державної адміністрації |

**ЗАЯВА**

**про надання реабілітаційних послуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу направити |  |
|  | (прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання) |
| до реабілітаційної установи: |  |
|  |
| (найменування реабілітаційної установи) |

Для отримання послуг з психологічної реабілітації.

|  |  |
| --- | --- |
| До заяви додаю: |  |
|  |
| (зазначити перелік документів, що додаються до заяви) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ року |  |  |
|  |  | (підпис заявника або його законного представника) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , даю згоду на |
|  | (прізвище, ім'я, по батькові) |  |

Використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захисту персональних даних”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ року |
| (підпис заявника або його законного представника) |  | (підпис заявника або його законного представника) |

\*Заповнює учасник антитерористичної операції або його законний представник.

----------------------------------------------------------------------------------------------------

(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ року

|  |  |
| --- | --- |
| М.П. |  |
|  | (прізвище та підпис відповідальної особи) |