Приложение №1

к Положению об оказании

дополнительной социальной

услуги «Социальная передышка»

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2021г.

Директору

ГБУ РА «Майкопский психоневрологический дом-интернат»

Ф.И.О.

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(дата рождения гражданина)

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

(сведения о месте проживания (пребывания)

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

(контактный телефон)

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

(Ф.И.О. законного представителя)

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя)

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

(сведения о месте проживания (пребывания)законного представителя)

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

(контактный телефон законного представителя)

Заявление о предоставлении дополнительных социальных услуг

Прошу предоставить мне дополнительные социальные услуги на платной основе в секторе дневного пребывания социального обслуживания на период с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г. по «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г, оказываемые ГБУ РА «Майкопский психоневрологический дом-интернат», по адресу: Республика Адыгея, г. Майкоп, пер. Профсоюзный, д.5.

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

(Дата) (подпись, ФИО)

В соответствии с Федральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения услуг выражаю согласие ГБУ РА «МПДИ» на обработку им (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование и уничтожение) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, адрес места жительства по паспорту, реквизиты основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, орган его выдавший, дата выдачи, дата рождения) и иные сведения, необходимые для получения услуг.

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

(подпись, ФИО)