

Приложение №5  
к Положению о «Школе ухода»  
за гражданами с функциональными нарушениями в  
условиях надомного социального обслуживания

Директору КГБУСО «КЦСОН «Рыбинский»

От \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Адрес места проживания \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне услуги в «Школе ухода» за гражданами с функциональными нарушениями в условиях надомного социального обслуживания по обучению практическим и теоретическим навыкам ухода.

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

Подпись заявителя

Согласен на обработку моих персональных данных

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

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

Принял « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.      Специалист: \_\_\_\_\_