

Начальнику управління соціального захисту населення

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(встановлений статус)

Адреса проживання:

Телефон: _____

**Заява
на отримання реабілітаційних послуг**

Відповідно до Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) таких осіб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057 (зі змінами), прошу направити мене для проходження психологічної реабілітації до _____

(назва суб'єкта надання послуг, відомості щодо якого включені до Реєстру постачальників послуг з психологічної реабілітації для ветеранів і членів їх сімей)

в період з _____

Перелік документів, які додаються:

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 року № 2297-VI, надаю згоду на обробку моїх персональних даних.

(дата)

(підпис)