

Начальнику УСЗН  
Автозаводського району  
Глобі Л.М.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*ПІБ особи, яка потребує догляду*

\_\_\_\_\_  
*місце проживання*  
\_\_\_\_\_

### Заява

Я, \_\_\_\_\_, потребую надання  
соціальних послуг, які надає мені \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
підпис

\* Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах необхідних для надання адміністративної послуги. З правами і обов'язками щодо обробки моїх персональних даних ознайомлений \_\_\_\_\_

_____ (ініціали та прізвище адміністратора)	_____ (Реєстраційний номер)
_____ (підпис)	_____ (дата)