

Начальнику УСЗН
Крюківського району
Ревезі Л.І.

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)