

Директору Департаменту соціальної та
ветеранської політики
Рівненської міської ради
Олені ПЕТРИК

Статус: Особа з інвалідністю з дитинства

Місце реєстрації _____

Місце проживання _____

Посвідчення серія _____ номер _____

дата видачі _____

Номер телефону _____

ЗАЯВА

про взяття на облік для отримання послуг з оздоровлення (відпочинку)
у _____ році

Прошу поставити на облік для отримання послуг оздоровлення
(відпочинку) мене, як особу з інвалідністю з дитинства в супроводі

місце проживання якого(якої) зареєстровано/фактичне місце проживання за
адресою

на _____ місяць _____ року.

підтверджую достовірність інформації, яка подана мною для отримання послуг з
оздоровлення (відпочинку). У разі встановлення факту подання недостовірних
відомостей, перераховані кошти закладу оздоровлення (відпочинку) за надані послуги
зобов'язуюсь повернути. _____ (підпис)

у разі хвороби або виникнення інших поважних обставин, що унеможливають
прибуття до закладу відпочинку (оздоровчого закладу), або дострокового вибуття з
даного закладу обов'язково повідомити Департамент соціальної та ветеранської
політики. _____ (підпис)

Також даю згоду на обробку моїх персональних даних та персональних даних
супроводжуючої особи відповідно до Закону України від 01.06.2010 №2297-VI
«Про захист персональних даних».

(Дата)

(Підпис)