

Директору Департаменту соціальної та ветеранської політики Рівненської міської ради
Олені ПЕТРИК

Статус: супроводжуюча особа особи з інвалідністю з дитинства _____

Місце реєстрації _____

Місце проживання _____

Посвідчення серія _____ номер _____
дата видачі _____

Номера телефонів _____

ЗАЯВА

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

Прошу поставити на облік для отримання послуг оздоровлення (відпочинку) особу з інвалідністю з дитинства _____

місце проживання якого зареєстровано/фактичне місце проживання за адресою _____

в супроводі _____
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 зобов'язуюсь повідомити Департамент соціальної та ветеранської політики.

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

(Дата)

(Підпис)