

к положению о порядке поступления детей в отделение дневного пребывания ГБУ "РЦДПОВ г. Арзамаса»

АКТ

№ _____ от " _____ " _____ 20__ года

Об отказе в принятии на социальное обслуживание в полустационарной форме в ГБУ "РЦДПОВ г. Арзамаса»

в период с " _____ " _____ по " _____ " _____ 20__ г.

При проведении проверки наличия документов и первичного медицинского осмотра получателя социальных услуг, направленного на социальное обслуживание в ГБУ "РЦДПОВ г. Арзамаса»:

Ф.И.О _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Контактный телефон _____

были выявлены следующие противопоказания к принятию на социальное обслуживание в Учреждение:

Решение:

Отказать в приеме на социальное обслуживание в отделении дневного пребывания ГБУ "РЦДПОВ г. Арзамаса»:

с «__» _____ по «__» _____ 20__ г.

на основании выявленных противопоказаний

Директор ГБУ "РЦДПОВ г. Арзамаса»:

Зав. отделением медико-социальной реабилитации:

Зав. отделением дневного пребывания:

С Актом ознакомлен и согласен:

Подпись родителя

(законного

представителя)

ФИО _____

Дата _____

(подпись)