Директору ГКУ «СРЦН городского округа город Шахунья»_____
(наименование органа (поставщика социальных услуг), в который предоставляется заявление)
В.А.Кузнецовой_____

от _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

_____
_____/_____
(дата рождения) *(СНИЛС)*

_____
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____
_____
_____
_____
_____
(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

_____
_____
_____
(контактный телефон,, e-mail (при наличии)

Являюсь законным представителем ребенка

_____
(фамилия, имя отчество (при наличии) ребенка)

_____
/
_____
(дата рождения) *СНИЛС*

_____
(документ, удостоверяющий личность ребенка)

_____
_____
_____

Заявление
об отказе от получения социальных услуг.

От получения социальных услуг отказываюсь по следующим обстоятельствам:

_____
(причины заполняются по желанию гражданина)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

С последствиями отказа от социального обслуживания, социальной услуги ознакомлен(а).

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр получателей социальных услуг:

_____
(согласен/не согласен)

_____ _____ «_____»_____20___г.
Подпись *Ф.И.О.* *(дата заполнения заявления)*

Заявление принято:

_____ _____ «_____»_____20___г.
Должность, подпись *Ф.И.О.* *(дата заполнения заявления)*