

Директору ГБУ «СРЦН Шарангского  
муниципального округа»

Т.А. Фокиной

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Проживающей(его) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Паспортные данные: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Тел: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу расторгнуть действие договора о предоставлении социальных услуг в  
стационарной форме № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ моему ребенку

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего)  
в связи с отсутствием потребности в получении социальных услуг в Вашем  
учреждении.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка)

Мною получены документы:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка)