Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Адрес регистрации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_

Эл. почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии)

Заявление

Прошу признать нуждающимся в услугах социальной реабилитации на основании Порядка проведения в Ленинградской области в 2015 году эксперимента по оказанию услуг социальной реабилитации гражданам, больным наркоманией, прошедшим курс медицинской реабилитации, утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 12.05.2015 N 153 «О проведении в Ленинградской области в 2015 году эксперимента по оказанию услуг социальной реабилитации гражданам, больным наркоманией, прошедшим курс медицинской реабилитации».

Решение о признании нуждающимся в услугах социальной реабилитации выдать на руки, выслать почтой по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата (\_\_\_\_) июля 2015 года Подпись

К заявлению прилагаю:

1. Копию паспорта гражданина Российской Федерации или иной документ (документы), удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать серию, номер документа, дату выдачи и организацию выдавшую документ)

1. Направление на социальную реабилитацию, выданное

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование наркологического медицинского учреждения государственной системы здравоохранения Ленинградской области)

1. Сведения об уполномоченном лице (при наличии): копия паспорта, доверенность

Сведения по документу, удостоверяющему личность заявителя, проверены,

заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_

экземпляров приняты «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированы под N \_\_\_\_\_\_\_.

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. лица, принявшего документы) (подпись, дата)