

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(повне найменування органу праці та соціального захисту населення,  
підприємства, сервісного центру)

Від \_\_\_\_\_

місце проживання: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА \***  
**про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації**

Прошу видати \_\_\_\_\_  
(назва засобу реабілітації)

\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ким, дата)

місце проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище та ініціали)

Засіб реабілітації видано „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. на підставі акта під № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) / „Отримав(ла)” \_\_\_\_\_  
(підпис отримувача)

✂----- (лінія відрізу) -----

Засіб реабілітації видано „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. на підставі акта під № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) / „Отримав(ла)” \_\_\_\_\_  
(підпис отримувача)

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**

**О. Полякова**