

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
14 жовтня 2014 року № 765

АКТ
про відсутність інваліда, постраждалого внаслідок антитерористичної
операції, дитини-інваліда за місцем проживання

_____ (назва населеного пункту)

_____ (число, місяць, рік)

Ми, що нижче підписалися, _____
(посади та П. І. Б. спеціалістів органу соціального

_____ захисту населення та сервісного центру)

склали цей Акт про те, що _____
(П. І. Б. інваліда, постраждалого внаслідок антитерористичної

_____ операції, дитини-інваліда)

був(ла) відсутній(ьою) за місцем проживання, зазначеним у заявці на
виготовлення технічного засобу реабілітації (_____
(вулиця, місто/село, район, область)

_____),

під час доставки _____
(найменування та шифр виробу)

_____.
(найменування підприємства-виробника)

Підписи:

_____/ _____/
(підпис) (П. І. Б.)

_____/ _____/
(підпис) (П. І. Б.)

Зворотний бік акта

Копію цього Акта надіслано рекомендованим листом з повідомленням

(П. І. Б. інваліда, постраждалого внаслідок антитерористичної операції, дитини-інваліда)

(число, місяць, рік)

/ _____ /
(підпис та П. І. Б. відповідальної особи, що здійснила відправку листа)

Відмітка про отримання копії Акта, надісланого рекомендованим листом з повідомленням _____

(число, місяць, рік)

(П. І. Б. особи, яка отримала)

**Директор Департаменту
соціального захисту інвалідів**

О. Полякова

{Форма в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014}