

Додаток 8
до Порядку взаємодії суб'єктів соціального
патронажу звільнених осіб

**ШТАМП ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНОЇ
АДАПТАЦІЇ ЧИ ЗАКЛАДУ
СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Начальнику _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

_____ 20__ року N _____
(дата повідомлення) (вихідний номер)

**НАПРАВЛЕННЯ
НА МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ**

Видано _____, _____ року народження,
(прізвище, ім'я, по батькові звільненої особи)

який (яка) _____ 20__ року звільнився(лась) з _____
(найменування установи виконання

покарань)

та в даний час перебуває в _____
(найменування центру соціальної

_____ ,
адаптації чи закладу соціального обслуговування, їх місцезнаходження)

для проходження _____
(вказується, з якою метою направлено

_____ .
звільнену особу: проходження медичного огляду, лікування тощо)

Додаткова інформація: _____
(зазначається додаткова інформація про звільнену

_____ .
особу, зокрема щодо скарг на самопочуття, попередніх звернень до закладів охорони здоров'я тощо)

Начальник _____
(підпис, прізвище керівника центру соціальної адаптації чи закладу
соціального обслуговування)