Приложение N 2

предоставления исполнительно-распорядительными

органами местного самоуправления муниципальных районов,

муниципальных округов и городских округов

Красноярского края по переданным полномочиям

государственной услуги по установлению патронажа

над совершеннолетними дееспособными гражданами,

которые по состоянию здоровья не могут

самостоятельно осуществлять и защищать

свои права и исполнять свои обязанности

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

 (наименование органа)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии),

 гражданство, документ, удостоверяющий

 личность (серия, номер, кем и когда выдан),

 адрес места фактического проживания

 гражданина, выразившего желание стать

 помощником дееспособного гражданина,

 нуждающегося в установлении патронажа)

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

 (контактный номер телефона)

Заявление гражданина, выразившего желание стать помощником

дееспособного гражданина, нуждающегося

в установлении патронажа

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

прошу назначить меня помощником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество совершеннолетнего дееспособного гражданина, число, месяц, год его рождения)

Материальные возможности, состояние здоровья и характер работы позволяют мне взять совершеннолетнего дееспособного гражданина под патронаж.

Медицинское обследование о состоянии своего здоровья прошел в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указать наименование медицинской организации)

Медицинское заключение о состоянии здоровья и отсутствии хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, имею.

Дополнительно могу сообщить о себе следующее:

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

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

(указывается наличие у гражданина необходимых знаний и навыков в осуществлении патронажа над совершеннолетним дееспособным гражданином, в том числе информация о наличии документов о профессиональной деятельности, и т.д.)

Уведомление о принятом решении об установлении патронажа прошу направить:

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

 (указать адрес электронной почты или почтовый адрес)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных (в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, семейного, социального, имущественного положения, образования, профессии, доходов, другой информации), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение(в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

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

 (подпись) (дата)