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](consultantplus://offline/ref=68E1190358A4AE8138CCB5F0EEC7A5066F6316AE5102DFA72B168D2D432CE30A3B8EE805A3A637142647589AC70DE8F) 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)