|  |  |
| --- | --- |
|  | «ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  к Порядкупредоставления  уведомлений на прохождение  социальной реабилитации и ресоциализации на территории Краснодарского края лицам,  осуществляющим незаконное потребление наркотических  средств или психотропных веществ |

Форма

Министру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фактически проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о включении в список лиц,

имеющих право на прохождение

СОЦИАЛЬНОЙ реабилитации и ресоциализации

Прошу включить меня в список лиц, имеющих право на прохождение социальной реабилитации и ресоциализации в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование реабилитационной организации)

Я предупрежден(а) об ответственности, предусмотренной законодательством, за предоставление недостоверных сведений и документов.

С порядком прохождения социальной реабилитации и ресоциализации лицам, осуществляющим незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и прошедшим лечение от наркомании в Краснодарском крае, с условиями и сроками их предоставления, а также информацией о деятельности реабилитационных центров, ознакомлен(а).

Настоящим заявлением подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных в организации, предоставляющей социальную реабилитацию и ресоциализацию, в целях и объеме, необходимых для их предоставления в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

К заявлению прилагаю:

1.Копию паспорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шт.

2. Выписку из медицинской карты гражданина (справку о прохождении лечения от наркомании\_\_\_\_\_\_ шт.

3. Другие документы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имею следующий состав семьи:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата Подпись Расшифровка подписи

|  |
| --- |
| Линия отреза |
| Расписка-уведомление |
| Заявление и документы гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_приняты |

на основании регистрационной записи в журнале учета лиц, нуждающихся в социальной реабилитации и ресоциализации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_ .

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

(подпись должностного лица) (фамилия, имя, отчество)

».

Начальник отдела по социальной

защите семьи, материнства, детства В.Н. Голыба