**Директору ГБУ ЦСПСиД «Печатники»**

 **Иосебадзе Л.Ш.**

 **От ИВАНОВА МАРИЯ ИВАНОВНА**

 (фамилия, имя, отчество гражданина)

 **27.05.1982**, **071-597-455-48**

 (дата рождения) СНИЛС

 **ПАСПОРТ** **45 08 905455**

 (реквизиты документа

 **ВЫДАН ОВД ПЕЧАТНИКИ 02.05.2005**

 удостоверяющего личность)

 **РФ, Г.МОСКВА,**

 (гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

 **УЛ. ШОССЕЙНАЯ, Д.20, КВ. 51**

 на территории Российской Федерации)

 **8(495)353-23-80, 8(916)120-15-18**

 (контактный телефон

 **ivanonivan@mail.ru**

 e-mail(при наличии)

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

(фамилия, имя, отчество(при наличии) представителя,наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного

объединения, представляющих интересы гражданина

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

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

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

представителя, реквизиты документа, подтверждающего

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

личность представителя, адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения)

*заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.*

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

 От предоставления социальных услуг отказываюсь по следующим

обстоятельствам: **ПЕРЕЕЗД В ДРУГОЙ ГОРОД**

 (причины заполняются по желанию заявителя)

 **с 01 АПРЕЛЯ 2015 года г.**

 (указать дату, с которой прекращается предоставление социальных услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(ИВАНОВА М.И.)** **"01" АПРЕЛЯ 2015 г.**

 (подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО**

**СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦ.РАБОТЕ**  \_\_\_\_\_\_ **(МАТВЕЕВА М.Ф)** **"01" АПРЕЛЯ 2015 г.**

 (должность) (подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)