**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)