

\_\_\_\_\_  
(найменування посади керівника структурного підрозділу з питань  
соціального захисту населення районної, районної у м. Києві  
та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської,  
районної у місті (у разі її утворення) ради)

\_\_\_\_\_  
(ініціали та прізвище)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові особи)

\_\_\_\_\_  
(місце проживання, номер посвідчення)

**ЗАЯВА**  
**про надання послуг із соціальної та професійної адаптації**

Прошу направити мене до \_\_\_\_\_  
(найменування підприємства,

\_\_\_\_\_  
установи, організації)

для проходження професійного навчання за \_\_\_\_\_  
(назва професії,

\_\_\_\_\_  
спеціальності, спеціалізації)

Додаток. 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(підпис заявника)

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду на  
(прізвище, ім'я, по батькові)

використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних" та на проходження професійної орієнтації.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(підпис)

-----  
(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ініціали та прізвище відповідальної особи)

МП