Руководителю

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

(наименование уполномоченного государственного

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

учреждения Омской области, находящегося в ведении

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

Министерства труда и социального развития

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

Омской области)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о замене технического средства реабилитации, включенного

в региональный перечень технических средств реабилитации,

предоставляемых инвалиду

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество гражданина)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(адрес места жительства или места пребывания)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

прошу в соответствии с [постановлением](consultantplus://offline/ref=7ECEECF2FB9D5BC2DFD1394A4CE264E23FF8FDB9F1DB91F11CF52543688A2104lEW6D) Правительства Омской области от 25

апреля 2012 года N 95-п "О региональном перечне технических средств

реабилитации, предоставляемых инвалиду" (далее - постановление) заменить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование технического средства реабилитации, включенного в

региональный перечень технических средств реабилитации, предоставляемых

инвалиду (далее - техническое средство реабилитации))

Я проинформирован(а) о том, что выданные в соответствии с

[постановлением](consultantplus://offline/ref=7ECEECF2FB9D5BC2DFD1394A4CE264E23FF8FDB9F1DB91F11CF52543688A2104lEW6D) технические средства реабилитации предоставлены мне

бесплатно в безвозмездное пользование и не подлежат отчуждению в пользу

третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

Вместе с заявлением о замене технического средства реабилитации (далее

- заявление) представляю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование технического средства реабилитации)

Настоящим заявлением подтверждаю, что вся представленная информация

является полной и достоверной.

Настоящим заявлением выражаю согласие Министерству труда и социального

развития Омской области, расположенному по адресу: г. Омск, ул. Яковлева,

6, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченного государственного учреждения

Омской области,

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

находящегося в ведении Министерства труда и социального развития

Омской области)

расположенному по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

на обработку содержащихся в нем персональных данных, т.е. их сбор, запись,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),

извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление,

доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в целях

получения государственных и муниципальных услуг.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем

заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего

согласия.

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

(дата) (подпись заявителя) (инициалы, фамилия заявителя)

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема заявления: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

---------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)

Расписка

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина)

приняты заявление и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование технического средства реабилитации)

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата приема заявления "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)