Директору

БУ «Излучинский дом-интернат»

Н.В. Козионову

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

 (степень родства)

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

 (Ф.И.О.)

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить временное выбытие\* за пределы БУ «Излучинский дом-интернат» на срок не более 24 часов, моему(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. получателя социальных услуг)

с «\_\_\_\_» час «\_\_\_» мин. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. по «\_\_\_\_» час «\_\_\_\_» мин. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

На период временного выбытия из учреждения всю ответственность за моего (ю) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. получателя социальных услуг)

беру на себя.

Обязуюсь контролировать его (её) поведение, осуществлять надлежащий уход, оказывать помощь и не оставлять без присмотра.

Предупрежден (а) о том, что с целью обеспечения безопасности получателей социальных услуг, поддержания дисциплины и внутреннего распорядка в учреждении, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций в учреждении, на объекте ведется видеонаблюдение.

Предупрежден о том, что на территории БУ «Излучинский дом-интернат» запрещена фото- и видеосъемка без разрешения администрации интерната.

Предупрежден о том, что все расходы, понесенные на получателя социальных услуг за период временного выбытия из учреждения, не компенсируются из личных денежных средств получателя социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Даю свое согласие на обработку своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

СОГЛАСОВАНО:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование должности | Ф.И.О. | Время, дата | Подпись | Примечание |
| Лечащий врач |  |  |  |  |
| Заведующий отделением |  |  |  |  |

Примечание:

\* Для выбытия в выходные и праздничные дни необходима предварительная договоренность с заведующим отделением