АНО «ЦСОН ЮГО-ЗАПАДНОГО ОКРУГА» ,

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

(ФИО)

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

(Дата рождения, СНИЛС)

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

(Паспортные данные (серия ,номер, дата выдачи)

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

(кем выдан)

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

(гражданство, адрес проживания)

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

( контактный телефон, электронный адрес(при наличии)

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

(ФИО законного представителя)

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

(документ, подтверждающий полномочия)

**Заявление**

**о предоставлении платной социальной услуги**

Прошу предоставить мне платную социальную услугу «Социальный профилакторий на дому»

Нуждаюсь в комплексе оздоровительных мероприятий:

* Проведении курса «Позитивная психология»
* Передаче навыков организации рационального питания
* Проведении курса классического массажа и передаче навыков классического самомассажа
* Проведении курса адаптивной физкультуры
* Проведении оздоровительного курса с помощью медицинских приборов

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь на основании справки из медицинского учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название мед. учреждения выдавшего справку)

от « \_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г №152ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг а также на публикации фото и видеосъемки на сайте учреждения согласен.

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

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

(подпись) (ФИО

Я, нижеподписавшийся (ая), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме ознакомлен(а) с регламентом о предоставлении услуги «Социальный профилакторий на дому» и проинформирован(а) о нижеследующем:

- о наличии показаний и противопоказаний к проведению комплекса оздоровительных мероприятий (таких как: диетотерапия, фитотерапия, ароматерапия, АФК, классический массаж и др. входящие в перечень оздоровительных мероприятий);

- о необходимости и целесообразности применения медицинских приборов;

- о целях и формах проведения комплекса оздоровительных мероприятий;

- о возможных последствиях и осложнениях заболеваний;

- об ожидаемых результатах проведения оздоровительного комплекса;

- о необходимости соблюдения режима и правил проведения оздоровительных мероприятий.

Получив полные и всесторонние разъяснения, подтверждаю, что мне понятны суть оздоровительных мероприятий и даю согласие на их проведение.

Исполнитель: Заказчик:

Начальник отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, инициалы, фамилия) (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, нижеподписавшийся (ая), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме ознакомлен(а) с регламентом о предоставлении услуги «Социальный профилакторий на дому» и проинформирован(а) о нижеследующем:

- о наличии показаний и противопоказаний к проведению комплекса оздоровительных мероприятий (таких как: диетотерапия, фитотерапия, ароматерапия, АФК, классический массаж и др. входящие в перечень оздоровительных мероприятий);

- о необходимости и целесообразности применения медицинских приборов;

- о целях и формах проведения комплекса оздоровительных мероприятий;

- о возможных последствиях и осложнениях заболеваний;

- об ожидаемых результатах проведения оздоровительного комплекса;

- о необходимости соблюдения режима и правил проведения оздоровительных мероприятий.

Получив полные и всесторонние разъяснения, подтверждаю, что мне понятны суть оздоровительных мероприятий и даю согласие на их проведение.

Исполнитель Заказчик

Начальник отдела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, инициалы, фамилия) (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Индивидуальный комплекс оздоровительных мероприятий**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО получателя | |  | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | |
| Адрес проживания | |  | | | | |
| **№ п/п** | **Метод оздоровления** | | **Кратность предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Время, рекомендованное для однократного оказания услуги** | **Дата исполнения и время посещения** |
| 1 | **Курс психологических упражнений «Позитивная психология»** | |  |  |  |  |
| 2 | **Передача навыков организации рационального питания** | |  |  |  |  |
| 3 | **Курс классического** **массажа и передача навыков классического самомассажа** | |  |  |  |  |
| 4 | **Проведение курса адаптивной физкультуры** | |  |  |  |  |
| 5 | **Проведении оздоровительного курса с помощью медицинских приборов** | |  |  |  |  |
|  | электромассажер для ног. | |  |  |  |  |
| Массажная подушка | |  |  |  |  |
| Алмаг -01 | |  |  |  |  |
| прибор Маг-30. | |  |  |  |  |
| массажёр для глаз | |  |  |  |  |
| массажёр для шеи. | |  |  |  |  |
| Скандинавская ходьба | |  |  |  |  |
| Портативные солевые лампы (домашняя спелеотерапия) | |  |  |  |  |