

Керівнику Слов'янської міської ВЦА  
Ляху В.М.

Згідно з Законом України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку і використання моїх персональних даних виключно з метою в рамках виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних»

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**П.І.Б., домашня адреса**

**Контактні телефони:**

Домашній

Робочий

Мобільний

### ЗАЯВА

Прошу надати дозвіл на надання амбулаторної психіатричної допомоги моїй малолітній/неповнолітній дитині:

\_\_\_\_\_ року народження,  
без згоди батька/матері дитини, в зв'язку з тим, що

/Дата/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /підпис/