**Заявка**

**на проведение комплексного обследования специалистами ЦПМПК**

**физических лиц, проживающих в учреждениях подведомственных Департаменту социальной политики Курганской области**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п\п | Ф.И.О.,  дата рождения | Организация стационарного обслуживания | Указать имеющийся образовательный уровень | Первично/  повторно  (заключение ПМПК  №\_\_ от\_\_) | Инвалидность  (да/нет) | Указать ограничение психофизического развития в форме медицинского диагноза | Наличие заявления и согласия законного представителя на проведение комплексного обследования |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

М.П. Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

Исполнитель: ФИО (телефон)

Обращаем внимание на необходимость соблюдения Федерального закона [от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ](https://its.1c.ru/db/garant/content/12048567/hdoc) «О персональных данных» (при передаче по электронной почте ([cpmpk45@yandex.ru](mailto:cpmpk45@yandex.ru)) списки должны быть заархивированы и закодированы, после отправки по тел. 8(3522) 44-98-60, 8 (3522) 29-29-60 необходимо сообщить код доступа).