***Zirci Önkormányzati Szolgáltató Központ***

***Család- és Gyermekjóléti Szolgálat***

***Család- és Gyermekjóléti Központ***

*8420 Zirc, Alkotmány u. 14.*

*Tel. Fax: 88 – 416-936*

*E-mail:* [*csaladsegitozirc@gmail.com*](mailto:csaladsegitozirc@gmail.com)

*E-mail:* [*gyermekjoletzirc@gmail.com*](mailto:gyermekjoletzirc@gmail.com)

*E-mail:* [*szocialissegitozirc@gmail.com*](mailto:szocialissegitozirc@gmail.com)

*E-mail:* [*cs.segitoszolgalatzirc@gmail.com*](mailto:cs.segitoszolgalatzirc@gmail.com)

# 

# 

# Ikt. sz:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# KÉRELEM

# A SPECIÁLIS SZOLGÁLTATÁS/PSZICHOLÓGUS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

1. **Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név:   
Születési neve:   
Anyja neve:   
Születési helye, időpontja:   
Lakóhelye:   
Tartózkodási helye:   
Állampolgársága:   
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:   
Telefonszáma:……………………………………………………………………………….

1. **Kiskorú igénybe vevő esetén:**

Név:   
Születési neve:   
Anyja neve:   
Születési helye, időpontja:   
Lakóhelye:   
Tartózkodási helye:   
Állampolgársága:   
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:   
Telefonszáma:……………………………………………………………………………….

Oktatási/nevelési intézmény:………………………………………………………………..

**Hatósági intézkedés kötelezi a szolgáltatás igénybe vételére?** igen nem

Zirc, 20……év ……... hó nap

Az ellátást igénybe vevő  
(törvényes képviselő) aláírása