***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*

*E-mail:* *gyermekjoletzirc@gmail.com*

*E-mail:* *szocialissegitozirc@gmail.com*

*E-mail:* *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