

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ В ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЕ.

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

в целях исполнения требований Указа Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции», Указа Губернатора Нижегородской области от 13.03.2020 №27 «О введении режима повышенной готовности», настоящим даю свое согласие на получение в Государственном бюджетном учреждении «Центр социальной помощи семье и детям городского округа город Арзамас» социальных услуг в дистанционной форме.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /