

.....
(miejscowość, data)

Dane osoby składającej wniosek¹:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

**Centrum Usług Społecznych
ul. Polowa 26
18 - 520 Stawiski**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO CENTRUM OPIEKUŃCZO – MIESZKALNEGO W SOKOŁACH**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na pobyt całodobowy/dzienny² do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Sokolach.

.....
(czytelny podpis kandydata na uczestnika)

Załączniki:

- 1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.**

¹ Wypełnia kandydat na uczestnika COM.

² Niepotrzebne skreślić.