

Додаток 10  
до Порядку взаємодії суб'єктів соціального  
патронажу звільнених осіб

**ШТАМП ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНОЇ  
АДАПТАЦІЇ, ЦЕНТРУ СССДМ  
ЧИ ЗАКЛАДУ СОЦІАЛЬНОГО  
ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Начальнику \_\_\_\_\_  
(найменування центру зайнятості)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року N \_\_\_\_\_  
(дата повідомлення) (вихідний номер)

**ІНФОРМАЦІЯ  
про непрацюючих звільнених осіб, які є клієнтами центру**

<b>N з/п</b>	<b>П. І. Б. звільненої особи</b>	<b>Дата народження</b>	<b>Інформація про освіту, наявність робітничих спеціальностей тощо</b>	<b>Примітка</b>

**Начальник** \_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище керівника центру соціальної адаптації, центру СССДМ чи закладу соціального обслуговування)