

2. sz. melléklet

..... (kérelmező neve)

.....(kérelmező címe)

Tisztelt!

Kérelmét, melyben

.....(az ellátást igénylő neve , születési adatai,
lakcíme) elhelyezését kérte az

.....intézménybe (az intézmény neve, címe)

elutasítom.,

A kérelem elutasításának indoka:

.....
.....
.....
Döntésem felülvizsgálatát, annak kézhezvételétől számított 8 napon belül kérheti az
Önkormányzat Egészségügyi és Szociális Bizottságától (5126. Jászfényszaru Szabadság tér 1.)

.....(dátum)

PH

.....
aláírás