

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС  
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению \_\_\_\_\_ группы  
(группа  
инвалид-  
ности)

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу направить меня на курсы социальной реабилитации в Бийский / Волоколамский *(нужное подчеркнуть)* филиал ЦРС ВОС.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(расшифровка)