ENGELLİNİN KENDİSİNE AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	:
Engellilik Türü	:
Yaşı	:
Cinsiyeti	:
Eğitim Durumu	:
Telefon No	:
ENGELLİNİN YAKINI VEYA AİLESİNE AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	:
Yakınlığı	:
Telefon No	:
ENGELLİNİN İRTİBAT KURDUĞU DİN GÖREVLİSİNE AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	:
Unvanı	:
Görev Yeri	:
Telefon No	:

..... İLÇE MÜFTÜLÜĞÜNE

Yukarıdaki bilgiler tarafımca doldurulmuş olup, Müftülüğünüzün engellilere yönelik manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinden faydalanmak, yapılacak olan faaliyet ve programlara kendi rızamla katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Adres: ..../...../2021

Adı Soyadı

İmza

Not: İmza salahiyeti olmayan engellilerimizin yerine Velisi veya Vasisinin dilekçeyi imzalaması gerekmektedir.