

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Директор центру соціальних  
служб для сім'ї, дітей та  
молоді \_\_\_\_\_  
”\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Форма

**План реабілітації  
особи, яка постраждала від торгівлі людьми**

Особа, яка постраждала від торгівлі людьми

(П.І.Б.)

Представник центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

(П.І.Б.)

Представники суб'єктів взаємодії

(П.І.Б.)

Дата складання плану реабілітації \_\_\_\_\_

Дата початку виконання плану реабілітації \_\_\_\_\_

Продовження дії плану реабілітації \_\_\_\_\_

Дата завершення виконання плану \_\_\_\_\_

Напрямок реабілітаційної роботи	Заходи	Строки виконання	Виконавці	Результати вжитих заходів	Стан виконання (виконано/ не виконано/ потребує перегляду)	Відмітка виконання (П.І.Б., підпис)
Соціальний						
Психологічний						
Медичний						
Правовий						
Освітній, профорієнтаційний						
Повернення до країни походження для іноземців або осіб без громадянства						

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду на збір та обробку моїх  
(П.І.Б. особи, яка постраждала від торгівлі людьми)

персональних даних відповідно до вимог Законів України „Про захист персональних даних”, „Про протидію торгівлі людьми”, Порядку взаємодії суб'єктів, які здійснюють заходи у сфері протидії торгівлі людьми, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2012 року № 783.

**Примітки:**

**Особа, яка постраждала від торгівлі людьми/законний представник** \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (підпис)

**Представник центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді** \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (підпис)

**Представники суб'єктів взаємодії, які брали участь у складанні зазначеного плану** \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (підпис)

(П.І.Б.) (підпис)

Директор Департаменту  
сімейної політики

Г. Жуковська