Міському голові

Костіну Т.В.

Прізвище, ім’я, по батькові подавача заяви

Адреса

Телефон

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

ЗАЯВА

Прошу надати одноразову матеріальну допомогу на проведення лікування у зв’язку з погіршенням стану здоров’я.

До заяви додаю:

копію паспорта, коду,

довідку з лікарні,

акт обстеження матеріально-побутових умов депутатом міської ради.

Даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах, необхідних для виконання звернення.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата підпис прізвище, ініціали