

Начальнику
Лисичанської міської
військової адміністрації
Сєвєродонецького району
Луганської області

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)
уповноваженого представника сім'ї)

(адреса зареєстрованого місця проживання у
Лисичанській міській територіальній громаді
уповноваженого представника сім'ї)

(адреса фактичного місця проживання
уповноваженого представника сім'ї)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

як уповноваженому представнику сім'ї одноразову матеріальну допомогу з
нагоди Дня знань на дитину (дітей):

_____, _____ року народження
(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) дитини (дітей))

_____, _____ року народження
_____, _____ року народження

Яка (які) навчається (ються):

(зазначити найменування закладу освіти, клас, онлайн/офлайн)

та яка є членом сім'ї:

учасника бойових дій / особи з інвалідністю внаслідок війни

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) УБД/ особи з інвалідністю внаслідок війни)

загиблого (померлого, пропавшого безвісти) Захисника/Захисниці України
підкреслити необхідне

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) загиблого (померлого, пропавшого безвісти) Захисника (Захисниці))

Дитина (діти) зареєстрована (ні) у Лисичанській міській територіальній громаді
за адресою: _____

[illegible]

ЗГОДА
на збір інформації та обробку персональних даних

Я, _____ шляхом
підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист
персональних даних», надаю згоду Лисичанській міській військовій
адміністрації Сєвєродонецького району Луганської області та її структурним
підрозділам, на збір, обробку та зберігання моїх особистих даних у картотеках
та/або за допомогою інформаційно-пошукової системи обліку звернень
громадян з метою її обробки згідно Закону України «Про звернення громадян».

(дата)

(підпис)