

Кому _____

Від _____
(ПІБ заявника)

_____ (адреса реєстрації)

_____ (адреса фактичного проживання)

_____ (Паспорт: серія, №, виданий)

_____ (ідентифікаційний №)

_____ (контактний телефон)

ЗАЯВА

надання матеріальної допомоги на поховання учасників бойових дій та осіб з інвалідністю
внаслідок війни з числа Захисників та Захисниць України з числа жителів Соледарської
міської територіальної громади

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про сім'ю, соціальний статус, які вплинули або могли вплинути на встановлення права на матеріальну допомогу, будуть перевірені згідно із законодавством України.

У зв'язку з цим мене повідомлено про умови та порядок надання, виплати матеріальної допомоги, про права осіб, стосовно яких здійснюється обробка персональних даних, мету збору та осіб, яким передаються такі дані.

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» _____

(ПІБ заявника)

_____ 20__ рік.

(підпис)