
(найменування органу реєстрації)

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи

або її законного представника (представника)

ЗАЯВА

Прошу надати ВИТЯГ з Реєстру територіальних громад ДМС України про актуальне зареєстроване (задеклароване) місце проживання по запити за наступними даними:

Прізвище _____

власне ім'я _____

по батькові (за наявності) _____

дата народження _____

реквізити паспортного документа _____

РНОКПП _____

УНЗР _____

(дата)

(підпис)

(ініціали та прізвище)