

**Департамент з питань ветеранської  
політики Луцької міської ради****Від кого (прізвище, ім'я, по батькові заявника)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**АДРЕСА**

Вулиця

|  |
|--|
|  |
|--|

Номер будинку

|  |
|--|
|  |
|--|

Номер квартири

|  |
|--|
|  |
|--|

Місто/село

|  |
|--|
|  |
|--|

Номер мобільного телефону

+ 38

|  |
|--|
|  |
|--|

**З А Я В А**

Прошу позбавити мене статусу особи з інвалідністю внаслідок війни, члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни, члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України з таких причин:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги.

Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

---

(дата)

---

(підпис)