|  |
| --- |
| Председателю постоянно действующей комиссии по координации работы по содействию занятости населения  Саланинка А.А. |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Фамилия, собственное имя, отчество:

Число, месяц, год рождения:

Наименование документа, удостоверяющего личность:

серия № ,

(когда и кем выдан)

Зарегистрирован по адресу:

Прошу освободить меня (члена моей семьи)

(фамилия,

собственное имя, отчество (если таковое имеется) члена семьи, степень родства)

от оплаты услуг с возмещением затрат по причине:

Член семьи:

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

Число, месяц, год рождения:

Наименование документа, удостоверяющего личность:

серия № ,

(когда и кем выдан)

Зарегистрирован по адресу:

Документы, подтверждающие указанную причину, прилагаются.

Приложение:

Причина, препятствующая самостоятельному обращению члена моей семьи с заявлением об освобождении от оплаты услуг с возмещением затрат, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность и полноту изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаю.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |
| (подпись заявителя) |  |

Секретарь, работник,

принявший заявление

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

(подпись) (фамилия, инициалы)