

Комісії з надання одноразової
грошової матеріальної допомоги
Захисникам і Захисницям України
Лисичанської міської
військової адміністрації
Сіверськодонецького району
Луганської області

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

(адреса зареєстрованого місця проживання
уповноваженого представника сім'ї)

(адреса фактичного місця проживання
уповноваженого представника сім'ї)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати одноразову матеріальну допомогу на поховання у зв'язку із
загибеллю (смертю) Захисника (Захисниці) України
підкреслити необхідне

(вказати прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) загиблого (померлого) Захисника (Захисниці))

як уповноваженому представнику сім'ї загиблого (померлого).

Додатки:

(дата)

(підпис)

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 Сіверськодонецького 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)