

(найменування структурного підрозділу,
на який покладено функції з питань ветеранської політики,
районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації,
виконавчого органу міської, районної у місті ради)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

(дата народження)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків)

(адреса задекларованого/zareєстрованого місця проживання
(перебування))

(адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо
переміщених осіб))

(номер телефону та адреса електронної пошти)

(серія та/або номер посвідчення особи з інвалідністю внаслідок
війни, члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці
України)

Заява

Прошу позбавити мене статусу _____

_____,
(особи з інвалідністю внаслідок війни/ члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України)
у зв'язку з _____

(дата)

(підпис)