Волинський національний

університет імені Лесі Українки

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Від |  |  |  |  |

*(прізвище, ім’я, по батькові, число, місяць, рік народження)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Зареєстроване місце проживання | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Фактичне місце проживання | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Паспорт: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *(серія, №)* | |
|  | | |
| *(ким і коли виданий)* | | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків | |  |

ЗАЯВА

про призначення соціальної стипендії

Прошу призначити соціальну стипендію відповідно до категорії студентів з числа

|  |  |
| --- | --- |
| діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування до 18 років; |  |
| особи з числа дітей-сиріт, дітей позбавлених батьківського піклування від 18 років; |  |
| студентів вищого навчального закладу, які в період навчання у віці від 18 до 23 років залишилися без батьків (ст.62 ЗУ «Про вищу освіту»); |  |

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Копію паспорта громадянина України, прописка |  |
| Копію свідоцтва про народження дитини |  |
| Копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків |  |
| Копію студентського квитка |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Копію рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування; |  |
| Копію витягу з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування; |  |
| або Копію свідоцтва про смерть батьків |  |

УСЬОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю згоду на обробку моїх персональних даних \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*підпис)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(дата) (підпис)*

Документи прийняв Кулик Т. М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*підпис уповноваженої особи навчального закладу)*

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

*(дата)*