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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | шахтарів, які мають стаж підземної роботи не менш як три роки відповідно до статті 5 Закону України “Про підвищення престижності шахтарської праці” |  |
| 2) | осіб, батьки яких є шахтарями, що мають стаж підземної роботи не менш як 15 років або загинули внаслідок нещасного випадку на виробництві чи стали інвалідами I або II групи, відповідно до статті 5 Закону України “Про підвищення престижності шахтарської праці” — протягом трьох років після здобуття загальної середньої освіти; |  |

**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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1);2) | Довідка з гірничого підприємства із зазначенням стажу підземної роботи |  |
| Акт про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом, за формою Н-1 *(за необхідності)* |  |
| Копію довідки медико-соціальної експертизи *(за необхідності)* |  |

УСЬОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(дата) (підпис)*

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

*(підпис уповноваженої особи навчального закладу)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(дата)*