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) | діти, один із батьків яких загинув (пропав безвісти) у районі проведення антитерористичної операції, бойових дій чи збройних конфліктів або помер внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних у районі проведення антитерористичної операції, бойових дій чи збройних конфліктів, а також внаслідок захворювання, одержаного в період участі в антитерористичній операції (до закінчення навчання у такому закладі, але не довше ніж до досягнення ними 23 років), відповідно до статті 44 Закону України “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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Документ, що підтверджує загибель (або зникнення безвісти) одного з батьків, виданий військовим формуванням, правоохоронним органом спеціального призначення, або рішення суду про визнання безвісти відсутнім (оголошення померлим) |  |
| Копію довідки / посвідчення встановленого зразка члена сім'ї загиблого (померлого)  |  |
| Копію свідоцтва про смерть батька (матері) |  |

УСЬОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(дата) (підпис)*

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

 *(підпис уповноваженої особи навчального закладу)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата)*