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 (ідентифікаційний код) | |  |

ЗАЯВА

про призначення соціальної стипендії

Прошу призначити соціальну стипендію відповідно до категорії студентів з числа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | дітей померлих учасників бойових дій або осіб з інвалідністю внаслідок війни (до закінчення навчання у такому закладі, але не довше ніж до досягнення ними 23 років) відповідно до Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”; |  |

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Копію паспорта громадянина України (прописка) |  |
| Копію свідоцтва про народження |  |
| Копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ідентифікаційний код) |  |
| Копію студентського квитка |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Копію свідоцтва про смерть батька (матері) |  |
|  | Копія довідки або посвідчення члена сім’ї загиблого |  |

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

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

*(дата) (підпис)*

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

*(підпис уповноваженої особи навчального закладу)*

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

*(дата)*